

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 janvier 1899, à 1 heure,

PAR

JEAN LANFRANCHI

Licencié ès-sciences.

LES HÉMATURIES ATYPIQUES ET LA CYSTOSCOPIE

Président : M. PAUL BERGER, *professeur.*

<i>Juges</i>	{	MM. TROISIER,	{	<i>agrégés.</i>
		FAURE,		
		LANGLOIS,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame,

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

160

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 janvier 1899, à 1 heure,

PAR

JEAN LANFRANCHI

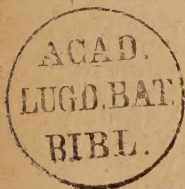
Licencié ès-sciences.

LES HÉMATURIES ATYPIQUES ET LA CYSTOSCOPIE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

<i>Juges</i>	{	MM. TROISIER,	{	<i>agréés.</i>
		FAURE,		
		LANGLOIS,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame,

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Cliniques médicales.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND
Cliniques chirurgicales.....	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Cliniques d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET (PIERRE)	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

C'est à la Clinique de la rue Malebranche que nous avons recueilli les éléments de ce travail.

M. le D^r Desnos, dont la haute et bienveillante science nous a guidé dans la pratique des affections des voies urinaires, a bien voulu permettre le relevé des observations inédites que nous analysons ; notre très vive gratitude lui est acquise.

Nous éprouvons le sentiment d'une respectueuse reconnaissance et d'un grand bonheur à remercier, ici, les maîtres éminents qui se sont intéressés à nos études, entre autres, MM. Potain, Tillaux, Guyon, Terrier, Pinard, Debove, Fournier, Peyrot, Gùraud, Fernet, Dejerine.

Nous ne saurions oublier la précieuse amabilité de MM. Talamon, Capitan, Weil.

En acceptant la présidence de cette thèse, M. le professeur Berger nous a extrêmement honoré, et nous le prions d'agréer l'hommage de notre profond dévouement.

Les Hématuries Atypiques

ET LA CYSTOSCOPIE

LES HÉMATURIES CLASSIQUES

CHAPITRE I

L'Hématurie.

On appelle hématurie, ou pissement de sang, l'excrétion par l'urètre du sang pur ou mélangé d'urine, soit pendant une miction normale soit pendant un cathétérisme évacuant (1).

« La valeur séméiologique de ce symptôme, dit M. Guyon, est si grande que vous ne pouvez jamais vous dispenser de demander, à un malade qui consulte pour une affection des voies urinaires : « Avez-vous pissé du sang ? » Que cette réponse soit affirmative ou négative elle sera utilisable pour le diagnostic. »

Pour qu'il y ait hématurie, il n'est point nécessaire que les urines soient rouges — cette coloration se produit quand il y a 15 à 20 grammes de sang par litre

(1). On voit que, par cette définition, nous écartons de notre sujet les urétrorragies qui sont dues presque toujours à des traumatismes et qui se distinguent des véritables hématuries en ce qu'elles ont lieu en dehors des mictions et des cathétérismes.

d'urine — ; l'hématurie peut se réduire à la présence, dans ce liquide, de quelques globules sanguins, ou de petits cylindres microscopiques formés dans les canalicules rénaux : elle sera révélée, dans ce cas, soit par le microscope, soit par le spectroscope ou hématoscope, soit par les réactions chimiques de Hoeller et de Teichmann.

« La présence du sang dans les urines indique qu'un problème pathologique est posé (1). »

Pour mettre en lumière les données de ce problème, dont les inconnues sont la cause de l'hémorragie et le siège de la lésion organique, il faut analyser les caractères propres de l'hématurie, examiner les symptômes locaux et généraux concomitants présentés par le malade, rechercher les commémoratifs.

Suivant les cas, l'hématurie débute brusquement ou est précédée de symptômes prodromiques — sensation de gêne et de pesanteur, douleur plus ou moins forte au niveau des reins, du ventre, du périnée ; elle est spontanée, survient sans cause appréciable, ou bien elle est occasionnée par le mouvement, l'exercice, la marche etc ; elle est faible, visible à peine, ou très considérable ; elle s'accompagne ou non de douleurs plus ou moins fortes ; sa durée, très variable, est tantôt augmentée, tantôt diminuée par le repos ; elle peut être unique ou se répéter à des intervalles allant de quelques heures à quelques jours — elle est dite intermittente lorsque les urines sont tour à tour claires et sanglantes aux différentes mictions d'une même journée — ; enfin, suivant que le sang apparaît au début, à la fin ou pendant toute la durée de la miction ou du sondage, l'hé-

1) M. Guyon

maturie est dite initiale, terminale ou totale — elle est également terminale lorsque la coloration rosée du début devient nettement rouge à la fin —.

Le sang qui accompagne les mictions provient des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate ou de l'urètre. En dehors de quelques cas particuliers que nous examinerons plus loin, il reconnaît pour cause une lésion de l'un de ces organes. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une affection rénale ou d'une affection vésicale : néoplasie, calculose, tuberculose, plus rarement néphrite ou cystite.

Ces organes saignent soit parce qu'ils sont le siège d'un état inflammatoire, soit parce que la présence d'un corps étranger (calcul) ou d'une néoformation (tumeur, tubercule, sclérose) y détermine un état congestif, soit par ce que le corps étranger, par ses arêtes acérées, déchire leurs muqueuses, soit enfin parce qu'il s'y produit des ulcérations intéressant les parois vasculaires.

En réalité, les problèmes cliniques que posent les hématuries, en particulier les hématuries rénales, sont très complexes. La cause de l'hémorragie, dans quelques cas, reste encore à déterminer.

En dehors des lésions matérielles caractérisant l'affection rénale ou vésicale, et donnant lieu par elles-mêmes à des hémorragies, ce sont les poussées congestives de l'appareil génito-urinaire qui doivent être mises au premier rang parmi les conditions sous l'influence desquelles se produisent les hématuries. Il y a, à cet égard analogie complète entre le rein et la vessie ; mais tandis que, dans la vessie, la congestion ne se produit que lorsqu'elle est le siège d'une lésion anatomique sérieuse ou d'un trouble fonctionnel profond, elle peut, dans le rein, se produire et devenir assez intense pour être hémor-

ragique « sans qu'une lésion importante la sollicite ». La présence d'un calcul sur la muqueuse pyélique, d'un angio-sarcome à peine visible dans la substance corticale du rein, d'un tubercule dans le parenchyme rénal, suffit à produire la congestion et finalement l'hématurie.

Dans la vessie, pour qu'une hémorragie abondante se produise, il faut que ses parois soient lésées ou qu'elles soient, depuis assez longtemps, distendues à un haut degré, ou bien encore que des calculs exercent une action de présence.

D'une façon générale, les ulcérations, qu'elles proviennent d'une affection cancéreuse, d'une affection tuberculeuse, ou de toute autre cause, sont peu hémorragiques, surtout les ulcérations vésicales ; elles ne produisent des hématuries abondantes que lorsqu'elles atteignent une branche vasculaire.

C'est dans ces faits qu'il faut chercher les raisons qui font que les néoplasmes pédiculés de la vessie (néoplasmes cavitaires) donnent lieu à de grandes hémorragies, en déterminant une congestion [intense, tandis que les néoplasmes vésicaux infiltrés saignent peu ou pas tout en s'ulcérant largement.

L'étude clinique de l'évolution de ces tumeurs, les constatations faites au cours d'opérations, l'anatomie pathologique et l'examen endoscopique sont d'accord pour le démontrer.

CHAPITRE II

Hématuries rénales et hématuries vésicales.

Les hématuries rénale et vésicale se présentent le plus souvent avec des caractères classiques qui permettent de les différencier nettement l'une de l'autre.

La première est intermittente et totale, la seconde est continue et terminale.

La présence dans les urines de caillots allongés comme des lombrics indique, d'une façon constante, l'origine rénale de l'hémorragie. Ces caillots sont le produit d'hémorragies de faible ou de moyenne intensité survenant dans des conditions telles que « le sang a le temps de stagner dans l'urètre et de s'y coaguler. »

Mais ces caractères n'ont rien d'absolu. On a signalé des hématuries vésicales intermittentes ou totales et des hématuries rénales continuës ou terminales.

Pour éclairer le diagnostic, il faut d'autres signes tirés de l'examen général et local du malade.

A l'Ecole française revient le mérite d'avoir montré que, par l'analyse minutieuse et méthodique des symptômes cliniques et fonctionnels, on peut arriver le plus souvent à un diagnostic certain.

Les cas ne sont pas rares pourtant où les ressources cliniques se sont montrées insuffisantes.

L'examen cystoscopique seul, quand il est possible, et il l'est presque toujours, permet d'affirmer, dans

tous les cas, l'origine rénale ou vésicale de l'hématurie.

Nous verrons plus loin, au sujet du diagnostic des affections vésicales et des affections rénales, que ce moyen d'investigation doit être employé d'une façon systématique, dans tous les cas délicats, à contrôler les résultats diagnostiques auxquels conduisent les ressources cliniques.

I. — HÉMATURIES RÉNALES.

Lorsqu'un malade présente une hématurie dont les caractères la rattachent nettement à une origine rénale, le médecin doit tout d'abord penser à trois affections : cancer, lithiase ou tuberculose du rein.

L'hématurie rénale *néoplasique* débute spontanément, ne s'accompagne pas de douleur, n'est pas influencée par le repos ou le mouvement, cesse brusquement et sans cause, est abondante, souvent rutilante, donne quelquefois naissance à des caillots qu'on trouve dans la vessie. Le diagnostic sera complété par l'étude des caractères cliniques de la tumeur rénale et l'analyse des urines — où existent parfois de petites masses néoplasiques.

L'hématurie rénale *calculieuse* est provoquée ou augmentée par le mouvement, l'exercice, la marche, les voyages en voiture, coïncide avec une douleur locale, ou est précédée, quelquefois suivie, de douleurs néphrétiques, diminue ou cesse avec le repos, dure peu en général. Ici, également, le diagnostic devra être éclairé par les autres symptômes de la lithiase.

L'hématurie rénale *tuberculeuse* est spontanée, souvent de longue durée, n'est pas influencée par le mouvement ou le repos, est peu considérable, excepté dans

la tuberculose à forme miliaire où le saignement rappelle, par son abondance, les hématuries néoplasiques. L'examen bactériologique des urines et la recherche de la tuberculose dans les autres organes, en particulier dans ceux de l'appareil génito-urinaire (épididymes, prostate, vessie), apportent une contribution souvent décisive à l'établissement du diagnostic.

Ces trois ordres de faits ne sont pas les seuls à provoquer des hémorragies rénales. Celles-ci peuvent reconnaître d'autres causes beaucoup plus rares, dont les principales sont : les néphrites aiguës ou chroniques, la néphroptose, l'hydronéphrose, la grossesse et l'allaitement, la néphralgie, l'hémophilie, la présence dans le rein de certains parasites (filaires ou *Bilharzia hæmatobia*), etc.

Quant aux hémorragies rénales dues à des causes générales capables de modifier la crase sanguine ou à des maladies cardiaques amenant l'hyperémie de la plupart des organes, et partant du rein, elles ne sauraient, à aucun degré, être considérées comme de véritables hématuries. On peut faire rentrer dans cette catégorie les hémorragies dues au paludisme, à la syphilis, au purpura hémorragique, au scorbut, à la rougeole, à la variole, à la scarlatine, à l'érysipèle, à la fièvre typhoïde, à la fièvre grave, à la fièvre bilieuse, à l'intoxication par le plomb ou par le mercure, l'absorption de certaines substances telles que la rhubarbe, à l'inflammation développée dans les voies urinaires sous l'influence de l'ingestion ou de l'application externe de certaines substances médicales, au surmenage, etc.

II. — HÉMATURIES VÉSICALES

Une hématurie vésicale doit faire songer, avant tout, à un néoplasme, à un calcul ou à une cystite.

L'hématurie vésicale *néoplasique* est généralement abondante et persistante, débute brusquement, cesse sans cause, n'est influencée ni par le repos ni par le mouvement, augmente avec les progrès de la lésion, s'accompagne quelquefois de douleur et de troubles mictionnels. Les urines peuvent contenir des débris cancéreux.

L'hématurie vésicale *calculieuse* se produit sous l'influence des différents genres de locomotion ; elle est peu abondante, souvent insignifiante, cesse par le repos, guérit par l'enlèvement des calculs. Si elle persiste dans certains cas, c'est qu'il reste de petits fragments nécessitant des séances ultérieures de broiement, surtout si la vessie est malade.

L'hématurie vésicale causée par une *cystite*, quelle que soit du reste sa nature, est peu abondante, mais souvent durable — jusqu'à déterminer, chez le malade, une véritable anémie — diminue avec l'ancienneté de l'affection et, s'accompagne de la triade symptomatique classique : fréquence des envies d'uriner, douleurs pendant et après les mictions, présence du pus dans les urines.

L'hémorragie qui accompagne la distension et celle qui suit la déplétion brusque de la vessie — hématuries causées par la *rétention d'urine* — sont souvent très abondantes et résultent de ce que tout l'appareil urinaire est en état de congestion quand elles se produisent. Dans certains cas, sous l'influence d'une décompression

trop brusque, la vessie se remplit de sang et de caillots.

Ces hématuries se rencontrent surtout chez les prostatiques.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que les prostatiques rétentionnistes ne soient exposés qu'à des hématuries vésicales. Chez eux, le rein peut, comme la vessie, se congestionner et saigner. C'est ce qui résulte nettement des observations que M. Escat a publiées dans sa thèse « Des hématuries rénales chez les prostatiques ».

« Quoique souvent masquée par l'hématurie vésicale, l'hématurie rénale doit être soupçonnée, chez les prostatiques, lorsque l'hémorragie est totale, persistante et abondante » (1).

D'ailleurs, les deux organes peuvent saigner à la fois. Les combinaisons suivantes ont toutes été observées : saignement d'un rein seul — hémorragie rénale unilatérale et hémorragie vésicale — hématurie rénale bilatérale et hémorragie vésicale — saignement de tout l'appareil urinaire (reins, uretères, vessie, urètre).

Dans ces différents ordres de faits, il est indispensable, pour l'établissement d'un diagnostic rationnel, de tenir compte des signes physiques tirés du cathétérisme et de l'examen de la vessie par le rectum, par le vagin et par l'hypogastre. Mais le diagnostic certain ne pourra être fourni, dans la plupart des cas délicats, que par l'examen cystoscopique.

L'emploi de cystoscoque s'impose surtout dans les cas de pluralité des lésions.

(1) Escat. Paris, 1897.

CHAPITRE III

Endoscopie vésicale ou cystoscopie.

L'endoscopie en général a pour objet l'examen des cavités naturelles : estomac, urètre, vessie, larynx, etc.

Schématiquement, un endoscope est constitué : 1° par une source lumineuse qui éclaire la surface cavitaire ; 2° par un objectif ou par un miroir qui donne l'image d'une portion de cette surface ; 3° par un oculaire qui agrandit cette image. Le plus simple des endoscopes se réduit à la source lumineuse éclairante.

Les premières tentatives d'endoscopie ont été faites par Bozzini de Francfort (1805), Ségalas (1826), Avery (1830) ; elles ne donnèrent aucun résultat pratique. Desormaux (1865), fit construire un endoscope dont il se servit avec quelque succès, mais ses efforts ne portèrent point.

La cystoscopie n'est réellement entrée dans la pratique chirurgicale que depuis une quinzaine d'années, à la suite de travaux des Nitze, Leiter, Burchardt, Geza von Antal, Fenwick et Boisseau du Rocher.

On distingue deux classes d'endoscopes : les endoscopes à lumière externe et les endoscopes à lumière interne.

Les premiers sont constitués par une source lumineuse, placée à l'extérieur, dont les rayons sont dirigés sur la surface vésicale, à l'aide d'un tube endoscopique introduit dans l'urètre.

Les plus connus sont ceux de Leiter, de Casper, de Grunfeld et de Janet.

Ils permettent l'examen direct de la muqueuse urétrale ou vésicale, sans manœuvres difficiles. Ils ne peuvent s'employer, sauf celui de Janet, que si la vessie est vide.

Mais l'endoscopie vésicale, surtout chez l'homme, ne peut-être pratiquée avec tout le soin désirable qu'à l'aide des endoscopes à lumière interne. Le premier cystoscope réellement pratique a été construit par Nitze (1879). Depuis, cet instrument a été l'objet de perfectionnements successifs, plus ou moins importants, par Nitze lui-même et par d'autres auteurs.

Aujourd'hui, les cystoscopes les plus employés sont ceux de Nitze, de Boisseau du Rocher, d'Albarran, de Brenner, de Leiter, de Fenwick, de Whikhead et de Gueterbock.

Voici comment M. Boisseau de Rocher, en 1885, dans une communication faite à l'Académie des Sciences, décrivait le principe de son cystoscope :

« Etant donné un tube de 0^m,007 de diamètre et de 0^m,50 de longueur, faire passer par ce tube l'image d'un objet très rapproché ayant 0^m,20 de côté, tel était le problème. Pour cela, avec un objectif convenablement disposé, je réduis à des dimensions microscopiques l'image de l'objet à observer. Cette image, visible à la partie inférieure de l'instrument, est alors examinée, au moyen d'une lunette, à laquelle je donne le nom de lunette mégaloscopique. On comprend que, avec des lentilles de foyers convenables, l'on puisse grossir l'image réduite de l'objet, et, par conséquent, l'observer avec les dimensions normales de cet objet.

« L'application de ce principe est la suivante : l'ins-

trument est formé d'un tube ou sonde, terminé à sa partie antérieure par une lanterne, à l'intérieur de laquelle on fixe une lampe à incandescence. Au-dessus, est la partie optique qui réduit à des dimensions microscopiques l'image de la muqueuse à observer. Cette partie se compose d'un prisme à angle droit ; au-dessus deux lentilles plan-convexes, se regardant par leur convexité, m'ont donné le meilleur résultat tant au point de vue du rapetissement de l'image et du champ observé qu'au point de vue de la déformation qui est ainsi nulle. A l'extrémité opposée se fixe la lunette mégaloscopique qui est constituée par un objectif et un oculaire de grossissements convenables.

« Les avantages de cette disposition sont les suivants : d'abord l'adaptation à la vue de chaque observateur se fait extérieurement au moyen de l'oculaire, ce qui supprime tout mécanisme intérieur. Cela permet, en outre, de substituer à ce premier oculaire, mobile, un second oculaire, d'un plus fort grossissement. On observe alors la muqueuse et les lésions qu'elle présente, comme au moyen d'une loupe. En second lieu, la mise au point proprement dite est nulle. Cette proposition qui n'est pas exacte théoriquement l'est cependant pratiquement. L'image réduite, qui se forme dans l'espace, ne se déplaçant que d'une très faible quantité, en rapport avec le plus ou moins grand éloignement de l'objet observé, la mise au point est négligeable ; l'œil de l'observateur fait lui-même, *inconsciemment*, sa propre mise au point et les différentes parties de la muqueuse, situées sur des plans différents, sont ainsi vues dans leur ensemble, avec la même netteté, ce qui était de première importance. »

Tous les cystoscopes sont invariablement constitués

par une sonde dans laquelle se loge le système optique et qui porte à son extrémité une petite lampe à incandescence.

Le cystoscope que fit construire, en 1885, M. Boisseau du Rocher, se composait d'une sonde coudée, portant à son extrémité une lanterne contenant une lampe à incandescence. La lanterne et la lampe était indépendantes l'une de l'autre. Près du coude et à l'intérieur de la longue tige de la sonde endoscopique est fixé l'objectif dont le prisme prend jour par une ouverture pratiquée sur les parois de la sonde. A l'autre extrémité de cette dernière se fixe la lunette qui permet de voir, avec le grossissement nécessaire, l'image réelle fournie par l'objectif.

Dans ces dernières années, on a eu l'idée d'ajouter aux cystoscopes ordinaires, un dispositif spécial permettant de faire le cathétérisme des uretères et l'exploration directe des reins. Les uretéroscopes les plus connus sont ceux de Brenner, de Mainzer, de Casper, de Boisseau du Rocher et d'Albarran.

L'examen endoscopique des organes des voies urinaires est actuellement entré dans la pratique courante de la chirurgie. Le nombre des chirurgiens qui considèrent le cystoscope comme un simple jouet scientifique devient de plus en plus petit et le jour n'est pas loin où cette classe de tardigrades n'aura plus de représentants.

C'est, qu'en effet, non seulement le cystoscope sert au contrôle des résultats que donne l'examen minutieux et méthodique des symptômes, mais il permet de rectifier les faux diagnostics et de parfaire les incomplets.

Lorsqu'elle est possible, l'endoscopie vésicale ren-

seigne, de la façon la plus rigoureuse, sur l'état de la muqueuse de cette cavité, sur ses productions pathologiques.

Dans l'étude des affections rénales, la cystoscopie ou mieux le cathétérisme des uretères, donne des renseignements tout aussi importants. Un chirurgien qui entreprend l'examen d'un rein pathologique sans cystoscope ressemble, à certains égards, à celui qui ne se sert pas d'ophtalmoscope dans un cas de maladie cérébrale.

LES HÉMATURIES ATYPIQUES

CHAPITRE I^{er}

L'atypie dans l'hématurie.

A une hématurie donnée correspond, en général, une lésion déterminée. Les caractères de l'hémorragie et les symptômes concomitants permettent, le plus souvent, de diagnostiquer le siège et la nature de la lésion causale.

C'est surtout à M. le professeur Guyon et à ses élèves que revient le mérite d'avoir fixé les tableaux cliniques des hématuries correspondant à chacune des affections rénales ou vésicales.

Mais les règles générales établies sont loin d'être absolues ; les exceptions deviennent de plus en plus nombreuses et déconcertantes. C'est que malgré les travaux accomplis dans la chirurgie des voies urinaires, il reste encore pas mal de points de détail à mettre en lumière.

Le besoin se fait sentir de créer, à côté des hématuries à types nettement définis, la classe des hématuries s'éloignant par leurs causes ou par leurs symptômes des formes classiques — *les hématuries atypiques* —, d'étudier le pourquoi et le comment de leur atypie, de dégager quelques lois générales à l'aide desquelles

on pourra les grouper en sous-classes et rattacher celles-ci aux cadres cliniques normaux.

Notre intention, dans ce travail, n'est pas de présenter des raretés, de relever le plus grand nombre possible de cas d'hématuries anormales ou exceptionnelles. Notre but est d'apporter une modeste contribution à l'étude des hématuries atypiques et de montrer la nécessité absolue de l'emploi systématique du cystoscope dans les affections des voies urinaires en vue d'éviter des erreurs de diagnostic et d'établir des traitements rationnels.

L'atypie, dans l'hématurie de cause ordinaire, résulte de la discordance entre les symptômes que présente l'hémorragie et le tableau clinique type correspondant au siège et à la nature de la lésion organique qui cause cette hémorragie.

D'où, déjà, la distinction de deux classes dans les hématuries atypiques : les hémorragies *atypiques de siège* et les hémorragies *atypiques de nature*.

Une hématurie vésicale présentant les caractères d'une hématurie rénale est atypique de siège, tandis qu'une hémorragie vésicale lithiasique ayant les caractères d'une hémorragie vésicale néoplasique ou tuberculeuse est atypique de nature.

Il est clair qu'une hématurie peut être à la fois *atypique de siège et de nature*. Telle serait, par exemple, une hématurie vésicale de nature calculeuse qui emprunterait les caractères cliniques d'une hématurie rénale néoplasique.

En somme, dans les hématuries atypiques que nous avons considérées jusqu'ici, l'hémorragie présente toujours une symptomatologie à allure absolument clas-

sique ; elle n'étonne pas par ses symptômes, c'est son diagnostic qui déconcerte.

Il existe un quatrième groupe d'hématuries atypiques qui s'éloignent des types classiques par leurs symptômes et surtout par leurs causes et que nous appellerons, pour cette raison, hématuries *atypiques de cause*. Ces hématuries nous déroutent par leurs caractères qui ne ressemblent, la plupart du temps, en rien à ceux que nous avons l'habitude de constater dans les hémorragies types d'origine vésicale ou rénale, et principalement par leurs causes qui sont toujours exceptionnelles et le plus souvent indéterminées ou à peine soupçonnées.

Comme exemples d'hématuries atypiques de cause, nous pouvons citer les hématuries périodiques survenant sans cause, disparaissant sans raison, que l'on constate chez certaines personnes dont l'appareil génito-urinaire est reconnu absolument normal.

En résumé, nous estimons que les hématuries atypiques sont susceptibles d'une classification rationnelle et nous proposons la suivante qui comprend quatre classes :

- 1° Hématuries atypiques de siège.
- 2° Hématuries atypiques de nature.
- 3° Hématuries atypiques de siège et de nature.
- 4° Hématuries atypiques de cause.

CHAPITRE II

Hématuries atypiques de siège.

Il semble que le diagnostic différentiel des hématuries rénales et des hématuries vésicales soit chose relativement facile, surtout à la suite des nombreux travaux que cette question a un peu partout provoqués. Cependant il faut avouer que l'erreur est encore possible, même aux chirurgiens les plus distingués, si l'on ne s'adresse qu'aux seules ressources de la clinique.

C'est qu'en effet les deux organes, rein et vessie, sont fonction l'un de l'autre. Une affection rénale a toujours, ou presque toujours, un retentissement plus ou moins considérable sur les fonctions vésicales et réciproquement. On comprend que, dans certaines conditions, les symptômes puissent se montrer à la vessie, alors que la lésion est au rein. Comment éviter, dans ces cas, l'erreur de diagnostic?

En permettant, dans l'immense majorité des cas, l'exploration intégrale et minutieuse de la vessie, la cystoscopie nous renseigne de la façon la plus sûre sur les lésions de cette cavité. Si celle-ci est trouvée saine, le sang ne peut évidemment venir que des reins. Bien plus. Dirigez le miroir du cystoscope du côté des orifices urétéraux, au moment de l'hémorragie; attendez quelques instants et vous pourrez voir des jets de sang sortir de l'uretère correspondant au rein malade. Ainsi, non seulement l'examen cystoscopique vous permettra

d'affirmer que le sang vient de la vessie ou du rein, mais encore, dans ce dernier cas, il vous dira si c'est le rein droit ou le rein gauche ou tous les deux à la fois qui sont atteints. Il y a mieux. Au moyen du cystoscope pour le cathétérisme des uretères, on peut recueillir l'urine rénale mélangée aux produits pathologiques du rein dont l'examen chimique renseignera sur les lésions de cet organe.

M. Albarran a même pu faire directement, par le cathétérisme urétéral, le diagnostic de calcul rénal. Il a eu en retirant la sonde, introduite dans l'uretère, « de la manière la plus nette, la sensation d'un calcul qui gratait contre elle (1) », comme on sent parfois, dans la vessie, un calcul avec un instrument mou.

M. Aug. Broca a observé un curieux exemple montrant bien l'utilité de la cystoscopie dans le diagnostic des hématuries rénales.

Il s'agissait d'un malade présentant une hématurie ayant tous les caractères d'une hémorragie rénale néoplasique et qui fut reconnue, au cystoscope, comme venant d'un néoplasme situé à l'embouchure vésicale de l'uretère.

Dans ce cas, et dans les autres analogues, l'atypie résulte du fait que des hématuries d'origine vésicale se sont présentées avec les caractères des hématuries rénales et ont été faussement diagnostiquées comme telles.

Dans les observations qui suivent, au contraire, il s'agit d'hématuries reconnaissant pour cause des affections rénales et qui ont été considérées, à tort, comme des hématuries vésicales. C'est l'examen cystoscopique qui a permis de faire le diagnostic exact.

(1) Albarran. *Assoc. franc. d'urologie*. Paris, 1897, p. 168.

OBSERVATION I (1)

Homme de trente ans, vient consulter pour hématurie. Il y a deux ans, après une course à cheval de deux heures, il rentra chez lui engourdi par le froid, et, le soir même, il urina du sang, sans douleur, sans sensation désagréable, à part un léger picotement dans l'urètre au moment du passage des caillots. L'hémorragie s'arrêta quelques mois plus tard, pendant l'été, recommença l'hiver suivant, pour cesser de nouveau pendant les mois chauds.

Etat actuel. — Homme vigoureux, mais anémique. La miction se fait trois fois par jour, sans douleur, mais il souffre énormément au col de la vessie après le coït. Il a remarqué que souvent l'urine est plus colorée à la fin des mictions.

Je m'attendais à trouver à l'examen cystoscopique un néoplasme vésical, mais je ne pus découvrir rien d'anormal : la vessie toute entière était saine. J'étais sur le point d'abandonner l'examen, lorsque je vis un jet de sang rouge traverser le champ du prisme. Je tins l'instrument immobile jusqu'à ce que le milieu se fût éclairci, et alors je reconnus que je regardais l'orifice de l'uretère droit. Au bout d'un instant, un jet de sang sortit brusquement du petit orifice et, après avoir formé plusieurs tourbillons, il se diffusa dans l'urine et disparut, pour être suivi d'un autre semblable au bout d'un moment. Il fut ainsi démontré que l'hémorragie venait du rein droit.

OBSERVATION II (2)

E..., 32 ans, bijoutier, Paris.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Une sœur a été opérée pour carcinome de l'utérus.

(1) *Fenwick, E. Henry*. Electric illumination of the bladder and uréthro, 2^e édit. London, 1889.

(2) *La Riforma medica*, mai 1896.

Comme antécédents personnels, on trouve une fièvre typhoïde à 16 ans et de nombreuses blennorragies, dont la dernière à 30 ans.

En septembre 1894, première hématurie nocturne, survenue à la suite d'une longue course à bicyclette. Les urines sont teintées pendant toute la durée de la miction, mais sont manifestement plus colorées à la fin.

Les hématuries durèrent quelque temps, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au jour où le malade se rendit à Necker, dans le service du Dr Routier.

Il y fut opéré, en décembre, d'un épithélioma de la vessie et sortit guéri. Jusqu'à la fin de janvier 1895, il n'a accusé aucune souffrance dans le domaine des organes génito-urinaires. Cependant, de temps en temps, il ressentait de légères douleurs dans la région lombaire.

A la suite d'un excès de coït, le malade a eu, débutant la nuit, de nombreuses hématuries qui durèrent quelques jours ; elles s'arrêtèrent à la suite d'un traitement rationnel. Deux mois plus tard, sans cause appréciable, nouvelles hématuries, intenses et persistantes, qui le décidèrent à retourner à l'hôpital.

Totales dans les premiers jours, les hématuries sont devenues, dans la suite, nettement terminales. Les urines contenaient quelques caillots de forme non caractéristique. Le malade a affirmé avoir eu, dans la journée, des mictions claires ; mais ce caractère n'a pas été constaté *de visu* par le chef de service.

Les mictions ne sont pas douloureuses ; elles sont très fréquentes. Les hématuries cessent au bout de 8 à 10 jours pour reparaitre une semaine après, et, cette fois, avec des phénomènes de cystite légère.

Jamais de colique néphrétique. Une légère sensation de douleur à la région rénale, plus accentuée à gauche. La fatigue n'a aucune influence sur les hématuries.

L'examen physique donne les renseignements suivants : urètre normal ; capacité vésicale : 280 gr. ; prostate et reins normaux. Le cathétérisme ne relève rien d'irrégulier.

Examen chimique des urines négatif. Le microscope montre l'existence d'une grande quantité de globules rouges, de quelques rares globules de pus, de nombreuses bactéries (microcoques et gros diplocoques) ; pas de bacilles de Koch.

La santé générale du malade a baissé depuis quelque temps sous l'influence de l'anémie et de la neurasthénie.

Examen cystoscopique : urètre normal ; vessie non irritable, très vascularisée, *absolument saine* ; une ligne rousâtre, proéminente, située dans la région du trigone, indique la cicatrice due à l'extirpation de la tumeur vésicale. Aucune trace de récurrence. Mais *l'uretère droit saigne à chaque jet et l'uretère gauche donne une urine légèrement purulente.*

Ainsi, voilà un malade atteint d'hématuries terminales, n'ayant jamais eu de coliques néphrétiques, n'ayant présenté que tardivement des phénomènes de cystite, et, par dessus tout, ayant été opéré d'un épithélioma de la vessie, affection dont on connaît la fréquence des récurrences, un malade en somme, qui a tout ce qu'il faut, plus qu'il ne faut, pour être un néoplasique vésical et qui, pourtant, offre à l'examen cystoscopique une vessie absolument saine et deux reins malades !

Devant de pareils faits, la clinique est désarmée. C'est au cystoscope à entrer en scène et à imposer son diagnostic brutal.

Cette observation démontre, en outre, que non seulement l'endoscopie vésicale permet de rectifier une erreur de diagnostic, mais qu'elle peut préciser et compléter ce diagnostic, montrer des lésions qui ont échappé totalement à l'examen clinique.

En particulier, lorsque l'hématurie reconnaît comme causes deux lésions différentes, soit de siège, soit de nature, ou encore lorsque la lésion causale s'accom-

pagne d'une autre lésion non hémorragique, il est bien rare que les deux affections soient cliniquement reconnues et distinguées. Certes, le chirurgien a hâte d'arriver à nettement rattacher l'hématurie qu'il constate, chez un malade, à un néoplasme, à un calcul, à une cystite, etc., mais lorsque ses recherches l'ont amené à la découverte d'une lésion manifeste, il ne pousse pas plus loin, du moins en général, ses investigations. Or à côté du calcul vésical trouvé, par exemple, et qui est largement suffisant à expliquer l'hématurie, peut exister un néoplasme ou une affection bacillaire. On traite la première cause, et l'on est tout étonné — combien à tort ! — de ne constater aucune amélioration dans l'état du malade. Rien de plus suggestif, à cet égard, que l'observation que publie M. Bruni dans la *Riforma medica*, mai 1896.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, sans aucun antécédent urinaire jusqu'à l'âge de 15 ans; à ce moment, elle fut atteinte d'hématuries, s'accompagnant de douleurs vésicales, augmentant avec la fatigue, bref, présentant les caractères des hématuries lithiasiques vésicales. A Necker, où la malade a été conduite, on porte le diagnostic de calcul vésical et l'examen cystoscopique, fait sous le chloroforme à cause de la grande irritabilité vésicale, le confirma. Mais en dirigeant le bec de l'instrument du côté de l'embouchure vésicale des uretères, on constata que l'uretère gauche saignait abondamment!

CHAPITRE III

Hématuries atypiques de nature

La littérature médicale fournit un nombre assez respectable d'hématuries atypiques de nature.

On pourrait les grouper en deux classes : l'une comprendrait celles qui sont d'origine rénale et l'autre serait formée par les hématuries d'origine vésicale.

Chacune de ces deux classes pourrait, à son tour, se subdiviser en trois principales sous-classes : la première serait constituée par les hématuries néoplasiques méconnues qui auraient été prises pour des hématuries calculeuses ou tuberculeuses ; la seconde par les hématuries culculeuses ayant revêtu les caractères des hématuries néoplasiques ou tuberculeuses ; la troisième enfin, renfermerait les hématuries tuberculeuses dont les symptômes rappelleraient ceux des hématuries néoplasiques ou calculeuses.

Nous ne publierons qu'un exemple d'hématurie atypique rénale — destiné simplement à préciser la définition que nous en avons donnée — et nous ne nous occuperons, dans ce chapitre, que des hématuries atypiques vésicales.

Parmi ces dernières, les hématuries calculeuses, tuberculeuses et surtout les hématuries néoplasiques méconnues seront, de notre part, l'objet d'une étude toute particulière.

La partie la plus originale de ce travail consistera, en effet, à dégager, des observations personnelles d'hématuries atypiques vésicales que nous avons recueillies, les circonstances sous l'influence desquelles la physionomie de ces hémorragies s'est modifiée.

Voici, d'abord, un cas d'hématurie présentant tous les caractères d'une hémorragie rénale bacillaire et qui a été causée en réalité par la présence d'un gros calcul dans le rein droit.

OBSERVATION III.

(M. Hartmann (1).

Il s'agit d'un enfant que nous avons observé à l'hôpital Trousseau, où il est entré le 2 sept. 1884 pour un genu valgum du côté droit; il subit le 21 septembre l'ostéoclasie du fémur, faite avec l'appareil de Robin. Immédiatement après l'opération, il fut placé dans un grand appareil plâtré prenant le bassin et les membres inférieurs.

C'est dans cet appareil qu'il fut pris, pour la première fois, d'une hématurie légère, dans les premiers jours du mois d'octobre. Dans les derniers jours du mois, il fut repris d'une hématurie abondante qui persista huit jours environ, jusqu'après la levée de l'appareil qui eut lieu le 30 octobre. Cette hématurie fut assez abondante, le 1^{er} et le 2 novembre, pour donner des caillots au fond du bocal. Elle cessa complètement le 6 novembre, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 29 décembre, il n'y avait même plus de globules sanguins, au microscope, dans l'urine.

En présence de ce fait, nous étions resté très hésitant sur le diagnostic et avions pensé à une hématurie bacillaire, l'histoire ultérieure nous nontra notre erreur. Entré en 1887, à l'hôpital Laënnec, trois ans par conséquent après cette hé-

(1) *Ann. des Mal. des Org. gén.-ur.*, 1894, p. 523

maturie, n'ayant pendant tout ce temps présenté aucun phénomène urinaire, il y succomba à une tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, faite avec soin, on ne trouva aucune lésion de l'appareil urinaire autre qu'un gros calcul du rein droit.

M. Hartmann indique la pathogénie de cette hématurie :

Le rein calculeux s'est trouvé, par le fait du décubitus complet, absolu, soumis à une congestion intense qui a déterminé l'hémorragie; c'est un type d'hématurie liée à la congestion d'un rein calculeux.

L'observation suivante démontre que les seules ressources cliniques sont quelquefois absolument insuffisantes, même aux chirurgiens les plus réputés, à établir le diagnostic de nature des hématuries vésicales.

OBSERVATION IV

(M. Austin) (1).

J. O..., sujet roumain, 46 ans, commerçant, entré le 2 août 1889, salle Civiale, lit 8.

Antécédents héréditaires. — Père vit encore, est bien portant. Mère morte de vieillesse (?) Frères et sœurs morts en bas âge de maladies inconnues.

Antécédents personnels. — A 26 ans, blennorrhagie qui a duré huit mois, sans aucune complication. Longtemps avant cette blennorrhagie, le testicule gauche a augmenté de volume et s'est induré. En dehors de ces deux accidents, le malade a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à il y a trois ans. A cette époque, il a commencé à souffrir de la vessie. Il a été

(1) Thèse de Paris, 1889-90.

pris d'une hématurie peu abondante, se manifestant surtout à la fin de la miction. Celle-ci n'est pas douloureuse; ce n'est qu'après une cure qu'il fit à Carlsbad, sur les conseils du professeur Dittel, qu'elle devint pénible et fréquente. Le malade arriva alors à uriner toutes les cinq minutes, le jour comme la nuit; la douleur s'irradiait du côté de l'anüs et produisait du ténésme rectal. Il a été soigné, sur les conseils de Dittel et Ultzmann, par des lavages à l'acide borique, à l'eau phéniquée, au permanganate de potassium, au sulfate de zinc; on lui fit des instillations au nitrate d'argent, mais sans résultat. Ces dernières ont, paraît-il, augmenté les douleurs.

Etat actuel. — L'état général est assez bon, mais le malade dit avoir beaucoup maigri depuis le commencement de sa maladie. L'appétit est conservé. Rien à l'appareil respiratoire. Rien à l'appareil circulatoire.

Actuellement, il urine toutes les dix minutes, goutte par goutte; la miction est douloureuse et s'accompagne de ténésme anal: elle ne peut se faire qu'en position assise.

L'urine est trouble, purulente, contient du sang en assez grande quantité. Réaction alcaline. Le dépôt, examiné au microscope, ne contient ni bacilles de Koch, ni gonocoques. Urètre libre, très sensible dans la région prostatique.

Capacité: 50 grammes. La prostate ne présentait rien au toucher. Varicocèle à gauche. Les reins ne présentent rien à l'examen. On porte le diagnostic de cystite tuberculeuse.

5 août. — Chloroformisation; grands lavages au sublimé au 1/1000: on fait passer quatre litres de liquide dans la vessie. L'opération est très douloureuse et, malgré le chloroforme, la vessie réagit énergiquement. Après l'opération, le malade éprouve de très grandes souffrances, difficilement calmées par la morphine. La miction se fait toutes les cinq minutes; elle est très douloureuse et l'urine contient beaucoup de sang.

6 août. — Le malade ne se sent pas soulagé, l'urine est toujours trouble et les mictions fréquentes. Ecoulement verdâtre par le méat.

10 août. — Mictions toujours fréquentes ; même écoulement verdâtre par le méat ; cet écoulement ne contient pas de gonocoques.

Instillations de cocaïne au col de la vessie et tout le long de l'urètre ; le malade est soulagé pour quelques heures,

12 août. — L'urine est moins sanguinolente, mais contient toujours du pus.

14-17 août. — Instillations de nitrate d'argent sans aucun résultat. Le malade éprouve des douleurs continues très vives.

18 août. — Le malade se sent un peu mieux. Miction toutes les demi-heures.

19-20-21 août. — Instillations de nitrate d'argent. Le malade demande avec instance qu'on lui ouvre la vessie.

25 août. — M. le professeur Guyon refait un grand lavage sous le chloroforme : quatre litres de sublimé au 1/1000 passent dans la vessie. Les urines reviennent troubles et sanguinolentes. Le malade fait dire à M. Guyon que s'il ne veut pas lui faire la taille hypogastrique, il ira se faire opérer par sir Henry Thompson, à Londres.

29 août. — Opération : taille hypogastrique. On trouve un superbe épithélioma de la vessie.

Le 30-31. — Anurie complète.

2 septembre. — Mort.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été considéré, à Vienne, par M. le professeur Dittel, comme atteint de cystite tuberculeuse.

A Paris, la même erreur a été commise ; mais il convient de remarquer, ainsi que le fait M. Austin, que le sujet ne savait pas un mot de français et que M. Guyon a dû charger un étudiant en médecine de l'interrogatoire du malade et de la rédaction de l'observation. Il se peut donc que, dans son récit ou dans sa rédaction,

l'étudiant se soit laissé influencer par le diagnostic établi à Vienne.

Quoi qu'il en soit, nous sommes ici en présence d'un exemple frappant d'hématurie vésicale de nature néoplasique ayant présenté d'une façon tellement nette les caractères classiques des hématuries vésicales produites par les cystites tuberculeuses, que l'erreur de diagnostic n'a pu être évitée par des maîtres de la chirurgie des voies urinaires.

OBSERVATION V.

(M. Desnès) (1).

M. B..., négociant, âgé de 42 ans, n'a d'autres antécédents que des blennorrhagies nombreuses et mal guéries.

Depuis l'âge de 25 ans, époque où apparut son troisième écoulement, il croit toujours avoir observé un suintement plus ou moins abondant, qui diminuait pendant les périodes de repos et dont il ne s'occupait plus. Depuis deux ou trois ans, ce suintement, qui ne se manifestait plus guère que par un accollement des lèvres du méat au réveil, avait repris une certaine intensité et surtout avait été plusieurs fois teinté de rouge ; les mictions n'étaient ni fréquentes, ni douloureuses.

Depuis trois ou quatre mois, l'écoulement se modifia quelque peu, devint plus abondant et plus souvent teinté de sang, au moment de l'expulsion des dernières gouttes de l'urine ; enfin une légère douleur se manifeste à ce moment.

Le 13 janvier 1894, je vois le malade pour la première fois ; l'exploration de l'urètre et de la vessie, l'examen des symptômes et des urines me conduisent au diagnostic d'urétrite chronique profonde ; les légères hématuries accusées par le malade éveillent l'idée de tuberculisation secon-

(1) *Ass. franç. d'urologie, Paris, 1897.*

daire, hypothèse que ne confirme pas l'examen des épидидymes, de la prostate et des vésicules. En conséquence, je pratique une série d'instillations de sublimé qui amène une diminution sensible de l'écoulement mais non sa disparition : plusieurs fois, pendant les quelques heures qui ont suivi l'instillation, le malade a observé un retour plus marqué de l'écoulement sanguin.

Quelques mois se passent sans que je revoie le malade ; pendant ce temps l'écoulement n'augmenta pas sensiblement mais des hématuries véritables se sont produites à plusieurs reprises, toujours terminales et ordinairement accompagnées de difficultés de la miction, qui nécessitait quelque effort sans pour cela être douloureuse.

Le 15 septembre 1894, je pratique un examen cystoscopique, et je suis fort surpris de trouver une tumeur assez volumineuse, implantée presque exactement sur la ligne médiane, et assez développée pour cacher les orifices urétéraux ; elle est mobile ; un courant d'irrigation lui imprime des mouvements prononcés, sans toutefois mettre le pédicule à découvert.

Des lavages au bleu de méthylène à 1 0/0 sont alors commencés et, après le troisième lavage, le malade expulsait un fragment volumineux, frangé, de sa tumeur. Les lavages furent continués les jours suivants, et d'autres masses dont l'examen histologique détermina la nature épithéliomateuse, furent rendues successivement pendant la miction. Six semaines après le début de ce traitement, le cystoscope montrait une disparition presque complète de la tumeur dont il ne restait plus qu'un pédicule assez large surmonté de quelques saillies mamelonnées.

Les hématuries ont complètement cessé, la cystite elle-même semble avoir disparu ; l'urétrite seule persiste.

Les injections intra-vésicales de bleu de méthylène sont continuées pendant un mois encore ; un nouvel examen cystoscopique ne fait plus constater aucun progrès dans la disparition de la tumeur qui est trouvée exactement semblable à ce qu'elle était au dernier examen.

Une année se passa sans que le malade ressentit aucun symptôme ; puis une hémorragie abondante se produisit ; le malade n'y prêta pas beaucoup d'attention. Ce n'est que six mois environ après que, de nouvelles hématuries légères s'étant montrées, accompagnées de besoins fréquents et douloureux, il se décide à revenir me voir le 10 avril 1896.

Je constatai alors à l'aide du cystoscope, que la tumeur s'était reproduite à peu près dans les mêmes conditions et sous le même aspect que lors du premier examen. En plus, des lésions de cystite plus ou moins généralisées s'étaient développées et indiquaient un degré d'inflammation plus prononcé que pendant le premier examen.

Des lavages au bleu de méthylène furent repris et amenèrent une diminution très rapide de la cystite, mais le cystoscope, réintroduit un mois après, ne montra pas de changement dans la disposition de la tumeur, toujours aussi volumineuse et surmontée de franges peut-être plus saillantes.

D'ailleurs, quelques semaines après, la cystite reparaisait elle-même ; les hématuries se répétèrent, terminales, accompagnées de douleurs peu vives et sans jamais acquérir une grande abondance.

Cet état ayant résisté à des lavages réguliers faits avec différents antiseptiques, et en particulier avec la solution de bleu de méthylène déjà employée, je proposai l'extirpation de la tumeur ; opération qui fut acceptée et que je pratiquai le 5 novembre 1896.

Après l'ouverture de la vessie par la section hypogastrique, je trouvai une tumeur dans la situation déterminée par le cystoscope, implantée au niveau du trigone au moyen d'un pédicule assez large : l'exérèse en fut facile, la base d'implantation fut disséquée et suturée. Mais je trouvai, disséminés sur la surface vésicale, un assez grand nombre de noyaux, durs, jaunâtres, peu saillants, que je soumis à un curettage énergique. Les suites furent excellentes et, au bout de trois semaines la cicatrisation était complète ; cependant quelques jours après une fistule superficielle se produisit pour se fer-

mer aussitôt après l'expulsion d'un petit fragment de gaze pelotonnée.

Quatre mois se passèrent sans d'autres symptômes qu'un peu de fréquence ; mais, depuis quelques mois, des douleurs et d'autres symptômes de cystite se sont montrés de nouveau ; les hématuries n'ont plus reparu.

Quant à l'examen cystoscopique, le malade s'y est refusé depuis son opération.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

M. L..., 51 ans, négociant. Aucun antécédent héréditaire, père mort asthmatique, mère et frère bien portants.

Antécédents personnels : maladies fébriles assez nombreuses dans l'enfance, paraît avoir été rhumatisant ; une blennorrhagie à 28 ans, de longue durée, a entraîné plusieurs années, paraît avoir guéri complètement.

Aucun autre symptôme du côté urinaire jusqu'à l'année 1894. A ce moment, vers les premiers jours de mars, M. L... remarqua qu'il résistait assez difficilement au besoin d'uriner et que les besoins devenaient plus fréquents, la nuit surtout ; peu de temps après, il aperçoit, de temps en temps, un léger suintement au méat ; celui-ci, intermittent, augmenta progressivement ; son médecin lui fit faire des injections qui n'amenèrent aucun changement.

Huit mois après l'apparition de cet état, le suintement augmente un peu, et, pendant ce temps, apparaît une légère teinte rouge sur le linge : celle-ci intermittente, ne parut d'abord qu'à de rares intervalles, mais augmenta peu à peu ; en même temps, les envies d'uriner deviennent plus douloureuses et plus fréquentes, et quelques semaines plus tard encore, il a semblé au malade que les dernières gouttes de l'urine étaient teintées après une miction.

L'écoulement persiste ; les envies d'uriner sont toujours fréquentes, le malade se lève quatre fois par nuit.

1^{er} juillet 1895. — Vu pour la première fois. Mictions toutes les 1 h. 1/2, parfois toutes les 2 heures, rarement toutes les 2 h. 1/2, légèrement douloureuses ; très souvent un peu de teinte rose à la fin.

Urines un peu troubles, contenant de nombreux filaments en suspension ; de temps en temps filaments rouges.

Urètre antérieur libre ; traversée membraneuse très sensible ; douleur va en augmentant progressivement jusqu'au col ; le bout de l'explorateur ramène quelques mucosités un peu rosées.

Prostate élargie, sensible à la pression ; quelques bosselures diffuses.

Vésicules appréciables au toucher, non bosselées.

Reins normaux.

Etat général bon. Aucune lésion dans les autres organes.

Du 1^{er} au 28 juillet. — 8 instillations de sublimé dans la prostate et dans le col vésical. Diminution de l'écoulement ; mais chaque fois l'hématurie augmente pendant quelques heures.

Aucun traitement pendant le mois d'août. Augmentation de l'écoulement, plus souvent teinté.

Reprise des instillations dans la première semaine de septembre. Augmentation des suintements sanguins ; à la quatrième hématurie réellement importante.

Le 10 septembre. — Examen cystoscopique. Rougeur et vascularisation de la muqueuse ; sur le bas-fond et sur la région cervicale, quatre à cinq petites tumeurs sessiles, peu saillantes, un peu dentelées, non frangées, sous formes d'élevures sans houpes ; la plus rapprochée de l'urètre s'y prolonge et on peut voir sa limite antérieure.

Le 21 septembre 1895. — Taille hypogastrique. Apparition de petites tumeurs disséminées vers le bas-fond, sessiles, infiltrées ; deux très voisines des urètres. Exérèse au bistouri de deux d'entre elles : les autres sont curettées profondément et

cautérisées au thermo-cautère, notamment celle qui se prolonge dans l'urètre.

Drainage hypogastrique et sonde de Pezzer dans l'urètre.

Suites normales ; saignement très peu abondant pendant deux jours.

Le 28. — Retrait des drains hypogastriques ; les urines sont limpides.

Le 8 octobre. — La plaie vésicale semblait cicatrisée, mais la sonde s'étant bouchée la nuit, la plaie s'est rouverte et l'urine a coulé. Changement de sonde de Pezzer.

Le 18. — Cicatrisation complète ; la sonde est retirée.

Le 31. — Un léger degré de cystite persiste, néanmoins le malade peut rester deux heures sans uriner, ne souffre plus, n'a plus vu de sang. Lavages nitrates, jusqu'au 15 novembre. Guérison malgré la persistance d'un peu de fréquence.

Le malade n'est pas revu jusqu'au mois de juin 1897. Pendant quinze mois, l'état est resté satisfaisant quoiqu'une certaine fréquence eut persisté. Aujourd'hui, elle a augmenté et les urines sont redevenues plus troubles. Nouvelle série de lavages nitrates qui améliorent l'état du malade jusqu'au mois de juillet.

1^{er} octobre 1897. — Des hématuries légères ont reparu depuis un mois, terminales, peu abondantes, teintant très légèrement la masse de l'urine, absolument spontanées.

Le 6. — Examen cystoscopique. Tout le bas-fond vésical est occupé par une production mamelonnée, sessile, étalée, avec très peu de franges, et seulement vers l'urètre. Faces latérales et sommet de la vessie vascularisés et exfoliés.

Du 15 octobre au 15 novembre. — Lavages vésicaux au bleu de méthylène, amenant une très grande amélioration.

Le 18 janvier. — L'amélioration s'est à peu près maintenue, néanmoins les douleurs mictionnelles sont devenues assez intenses depuis quelques jours.

Hématuries peu abondantes, terminales, presque quotidiennes.

Le 8 février. — Lavages au bleu qui amènent une amélioration moindre.

Le 15 mars. — Les douleurs mictionnelles sont devenues intenses; l'urine, très trouble, présente de nombreux filaments rouges; la teinte de l'urine terminale est rouge foncée à presque toutes les mictions.

Toucher rectal : prostate grosse, inégale, fortement lobulée, douloureuse. Etat général moins bon, amaigrissement, perte de l'appétit.

Le 15 juillet. — Depuis quatre mois que le malade n'a été revu, les symptômes sont allés en s'aggravant tous les jours. Les mictions sont devenues de plus en plus fréquentes et douloureuses; presque toujours, les dernières gouttes sont rouges; mais il n'y a pas eu d'hématuries abondantes. Le malade s'étant refusé à une cystotomie, on reprend les injections de bleu de méthylène.

Le 19 sept. — L'état général s'est beaucoup aggravé, l'état local est également plus mauvais; la douleur des mictions surtout est des plus violentes. Les injections de bleu de méthylène ont produit une très légère amélioration qui ne s'est pas maintenue. Il en est de même des injections d'orthoforme.

Le 3 novembre. — Le malade se décide à accepter une cystostomie qui est pratiquée le 15 novembre. L'incision porte sur le tissu cicatriciel résultant de la première opération et est poursuivie, presque sans effusion de sang, jusqu'à la vessie qui est épaissie : Celle-ci est incisée et on la trouve remplie de masses volumineuses, sessiles, entourant toute la région cervicale; le bas-fond vésical ainsi que le sommet et les faces latérales de la vessie sont indemnes; la vessie est drainée et les bords renversés.

Le 20. — Les suites ont été normales, les douleurs ont presque disparu, l'état général est moins mauvais; l'appétit a légèrement repris.

La malade qui fait l'objet de l'observation de M. Desnos n'a présenté, pendant longtemps, que des symp-

tômes d'urétro-cystite, avec une légère hématurie terminale, et le néoplasme vésical, cause de l'hémorragie, a été découvert, presque par hasard, au court d'un examen cystoscopique. On constatera que, pendant tout le temps que la cystite a été intense, la présence du sang dans les urines a été à peu près constante, mais faible. Au contraire, lorsque la cavité vésicale est redevenue aseptique, les hématuries se sont espacées et ont augmenté d'abondance ; elles ont pris, en un mot, les caractères classiques des hématuries vésicales néoplasiques.

Les mêmes remarques sont applicables à notre observation VI, que l'on dirait, à ce point de vue, absolument calquée sur la précédente. Il s'agit également, ici, d'un néoplasme vésical, coïncidant avec une urétro-cystite, qui n'a donné lieu, pendant très longtemps, au point de vue de l'hématurie, qu'à de légers suintements sanguins parfaitement explicables par l'existence de la cystite seule. Les instillations de sublimé dans la prostate et dans le col vésical ont amené une diminution notable du nombre de ces suintements, et une augmentation sensible de la quantité de sang perdue à chaque miction sanglante ; au bout de quelques mois, on a même constaté des hématuries relativement abondantes. L'interruption, assez prolongée, du traitement antiseptique a déterminé une recrudescence des symptômes de cystite, en même temps qu'une modification des caractères du saignement vésical qui est redevenu à peu près continu et très peu abondant.

Ainsi, à mesure que l'asepsie vésicale se produit, et que les phénomènes de cystite s'amendent, les symptômes néoplasiques, dont la spontanéité et l'abondance des hémorragies sont les caractères cardinaux, se dé-

gagent petit à petit et finissent par occuper, dans le tableau clinique, une place prépondérante.

Dès que la cystite s'implante de nouveau, la physiologie des hématuries change tout à coup et les symptômes présentés par le malade font penser à tout excepté à une lésion vésicale néoplasique.

Que conclure de ces considérations, sinon que, dans un grand nombre de cas, l'atypie présentée par les hématuries vésicales néoplasiques peut être due à l'adjonction, à la lésion principale, de lésions secondaires le plus souvent de nature infectieuse?

C'est probablement cette association morbide qui fait que les caractères si tranchés de ces hématuries s'atténuent, se modifient, et qu'elles-mêmes deviennent méconnaissables.

C'est grâce à l'examen endoscopique que nous avons pu étudier l'influence de l'asepsie et de l'infection vésicale sur les signes de l'hématurie néoplasique.

De sorte que non seulement le cystoscope est utile au diagnostic de siège et d'étendue d'une tumeur vésicale et permet de suivre les progrès du néoplasme, mais il peut encore fournir tous les éléments du problème complexe que pose une hématurie atypique et par suite en donner la solution.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

H. Bl..., 48 ans.

Antécédents personnels : rhumatismes vers 19 ans ; blennorrhagie à 21 ans, mal soignée, a trainé longtemps, ne paraît jamais avoir eu de recrudescence. Après avoir disparu (?) pendant 15 ans, l'écoulement est revenu, il y

a 18 mois environ, sans cause ; il est très peu abondant et ne donne que quelques petites taches sur la chemise.

Le traitement par les injections n'a donné aucun résultat : après 6 mois, l'état est stationnaire ; le malade se plaint de légères douleurs à la fin des mictions.

18 octobre 1890. — Examen. Suintement peu abondant, verdâtre ; a été mêlé, quelquefois depuis 3 mois, de stries rouges. Urètre libre. Traversée prostatique douloureuse. Vessie peu sensible.

Prostate normale. Vésicules appréciables, un peu bosselées. Épидidymite très légère, à gauche.

Urines un peu troubles, contenant de gros et nombreux filaments.

Comme traitement, on prescrit le santal et les injections de résorcine.

Le malade est perdu de vue pendant neuf mois.

18 juillet 1891. — Son état ne s'est pas modifié. Les douleurs sont devenues plus vives, la prostate paraît bosselée.

On conseille une série d'instillations de sublimé qui sont continuées pendant 3 mois ; malheureusement elles sont irrégulièrement prises.

Le suintement diminue, mais les stries sanglantes sont plus fréquentes.

Septembre 1891. — L'amélioration de l'écoulement se maintient ; les stries sanglantes sont plus rares.

Depuis ce moment, le malade n'est pas revu jusqu'au commencement du mois d'avril 1893.

Il nous apprend qu'il a eu, dans l'intervalle, de légères hématuries assez fréquentes, et il nous apporte une petite masse expulsive qui a été reconnue, par M. Wasserman, de nature épithéliomateuse.

16 avril. — L'examen cytoscopique révèle la présence, tout près du col, d'un épithélioma, pédiculé, gros comme une noisette. L'opération de la taille est proposée au malade qui la refuse.

Dans le courant de 1894, l'écoulement verdâtre augmente ;

il continue à présenter, à certains moments, des stries sanguinolentes.

Les instillations de sublimé sont reprises, pendant quelques mois puis interrompues.

Avril 1895. — Le malade revient nous voir. Il a eu, il y a quelques jours, après des efforts mictionnels, une hématurie abondante ; l'hémorragie s'est renouvelée depuis, mais elle a été légère.

Nouvel examen cystoscopique. Il fait constater une augmentation assez notable de la tumeur et l'existence d'autres points tomenteux sur le bas-fond vésical.

5 janvier 1896. — Retour des hématuries, après une période de calme relatif; elles sont très légères et ont repris les caractères qu'elles avaient au début.

6 avril. — Hématuries plus abondantes, mais rares.

Injections de bleu de méthylène.

28 octobre. — Les hématuries sont redevenues peu abondantes, mais plus fréquentes. L'écoulement présente de temps en temps des stries sanguinolentes.

Nous proposons une dernière fois l'intervention chirurgicale qui est acceptée.

Gystotomie hypogastrique. Excérèse de la tumeur pédiculée et curetage énergique de cinq foyers épithéliomateux de la surface vésicale. Drains hypogastriques ; sonde de Pezzer.

31 octobre. — Suites opératoires bonnes. Une hématurie légère persiste cependant.

3 novembre. — Les drains sont retirés.

12 novembre. — La sonde de Pezzer est également retirée. La cicatrisation vésicale est complète.

14 novembre. — Réouverture de la cicatrice ; léger suintement d'urine, sonde de Pozzer.

22 novembre. — Exeat.

15 décembre. — Une petite fistule sous-cutanée a persisté et a guéri spontanément après l'expulsion d'une petite masse de gaze.

Nous revoyons le malade six mois après. Il n'a plus eu

d'hématurie, mais l'urétrite chronique n'a point disparu ; l'écoulement à persisté, sans filaments sanguins.

6 juin 1898. — Nouvelle visite du malade, après une longue disparition.

A ce moment, son état général est assez bon ; mais depuis 3 mois, il a constaté le retour de petits saignements mélangés au pus de l'urétrite.

On commence une série d'instillations de bleu de méthylène dans l'urètre prostatique.

28 juillet. — L'amélioration de l'écoulement est très sensible.

20 septembre. — Retour des petites hématuries ; symptômes de cystite. Prostate légèrement augmentée de volume ; bas-fond vésical un peu douloureux à la pression.

20 décembre. — Les symptômes se sont aggravés. Le malade nous fait parvenir deux masses expulsives épithéliomateuses de la grosseur l'une d'une noisette, l'autre d'un grain de maïs.

Nous nous trouvons, ici (obs. vii), en présence d'une hématurie de nature néoplasique ayant pris les apparences des hématuries que l'on rencontre dans les uréthro-cystites. On a constaté, au début, un écoulement verdâtre continu, avec, de temps en temps, des stries sanguinolentes et, plus tard, de toutes petites hématuries assez fréquentes. Ce n'est que l'expulsion d'une petite masse épithéliomateuse qui a permis de faire, avant l'examen cystoscopique, le diagnostic de tumeur vésicale. Il est à remarquer que les instillations de sublimé et les injections de bleu de méthylène, prises par le malade, n'ont pas augmenté sensiblement la quantité de sang des mictions sanglantes. Le cystoscope a montré, d'autre part, que la tumeur, cause de l'hématurie, était pédiculée et *siégeait tout près du col vésical*.

L'analyse de l'observation VI indique que la dernière

taille hypogastrique, pratiquée sur le malade qui fait l'objet de cette observation, a mis à nu des masses volumineuses, sessiles, entourant toute la *région cervicale* et l'on se souvient que les hématuries présentées par le patient, avant l'opération, se réduisaient à des filaments rouges, d'abord, et, ensuite, à quelques gouttes sanguinolentes ; tout au plus, a-t-on constaté, de temps en temps, quelques très légères hématuries terminales.

Il ne nous semble pas tout à fait irrationnel d'admettre une certaine relation entre le siège de ces tumeurs et les caractères atypiques des hématuries auxquelles elles donnent lieu.

Nous nous garderons bien, certes, de conclure que *toutes* les hématuries occasionnées par des tumeurs cavitaires du col de la vessie se distinguent des autres hématuries cavitaires néoplasiques par la faible abondance de l'hémorragie.

Mais nous croyons pouvoir admettre, avec quelque raison, que, dans certaines conditions, les tumeurs cervicales, cavitaires ou pariétales, peuvent, à l'exemple des néoplasmes « infiltrés », donner lieu à des hématuries peu abondantes, quelquefois même insignifiantes.

OBSERVATION VIII

(Personnelle.)

Jac..., 52 ans. Rien à relever dans les antécédents héréditaires ou personnels. Le malade n'a jamais eu de coliques néphrétiques.

En janvier 1893, première hématurie abondante, ayant duré 24 heures, à la suite d'une course en voiture.

Pas d'accident pathologique jusqu'au 15 juin ; à ce moment,

deuxième hématurie survenant dans les mêmes conditions que précédemment, c'est-à-dire après un cahotement prolongé.

Il vint alors consulter. L'examen complet ne donna aucun résultat. Urines normales, prostate régulière, exploration vésicale métallique négative.

Le 15 octobre, nous voyons le malade pour la deuxième fois. Il nous apprend qu'il a eu deux nouvelles hématuries abondantes, toujours après un cahotement prolongé.

Dans la suite, aucun autre symptôme que trois hématuries, survenant la nuit, plus prolongées que les premières. Vers le mois de janvier 1894, le malade, présenta des phénomènes de cystite ; depuis, les hématuries sont devenues plus fréquentes ; mais, dans tous les cas, elles ne se sont reproduites qu'après des courses en voiture.

10 mai.—On procède à un nouvel examen métallique : on a la sensation du frôlement de la sonde sur un corps rugueux.

12 mai. — Examen cystoscopique. Il révèle des lésions peu prononcées de cystite et la présence, vers le bas-fond vésical, à gauche, d'une masse saillante, réfringente, mobile sous l'influence de l'irrigation, rosée, parsemée de points gris-blanc.

15 mai.—Cystotomie. On trouve une tumeur vésicale, grosse comme une noix, avec un pédicule très grêle, long d'un centimètre et demi.

L'opération s'achève normalement ; résection de toute la muqueuse à la base du pédicule et suture ; saignement insignifiant ; suture totale de la vessie ; sonde de Pezzer.

Cette observation montre, en somme, une hématurie de nature néoplasique évoluant avec tous les symptômes d'une hématurie calculeuse. Rien n'y a manqué pour égarer le diagnostic. L'hémorragie ne se produisait qu'après des courses en voiture, à la suite d'un cahotement prolongé ; elle disparaissait sous l'influence du repos ; l'examen métallique lui-même (le deuxième)

n'a pas été négatif : *on a eu la sensation d'un frottement de la sonde sur un corps rugueux.*

L'examen cystoscopique seul a fait rectifier l'erreur, en révélant l'existence, sur le fond vésical, d'une masse néoplasique, mobile, parsemée de points gris-blanc.

Ces renseignements, contrôlés par la cystotomie, fournissent, croyons-nous, l'explication de l'atypie. Le pédicule grêle, d'un centimètre et demi de longueur, permettait à la tumeur de se déplacer dans une très large mesure, absolument comme l'aurait fait un calcul mobile.

D'autre part, la présence, sur la tumeur, de petites concrétions calcaires, lui donnait une consistance comparable, dans une certaine mesure, à celle des calculs. En réalité, le néoplasme se présentait ici dans des conditions presque identiques à celles que l'on rencontre dans la calculose véritable.

Rien d'extraordinaire que l'hématurie, due à ce « *néoplasme-calcul* », ait présenté les caractères des hématuries lithiasiques.

Il est à présumer que pareil fait doit se produire toutes les fois qu'une tumeur s'insère sur la vessie au moyen d'un pédicule long et grêle, permettant des déplacements d'une certaine amplitude.

OBSERVATION IX

(Personnelle).

Cha..., 28 ans.

Antécédents héréditaires à peu près nuls. La sœur est morte d'une bronchite (?).

Comme antécédents personnels, blennorrhagie unique à 22 ans, qui paraît avoir guéri sans complications. Bonne santé habituelle ; mais le malade paraît peu vigoureux.

Sans cause, il a recommencé, il y a deux ans, à avoir des envies fréquentes d'uriner, pénibles, à la fin des mictions. Amélioration par la térébenthine et par un traitement banal.

Aucun symptôme pathologique pendant 8 mois, puis retour des fréquences et des douleurs; urines troubles (?).

Il y a deux mois, sans cause, hématurie abondante, spontanée, mais après le retour des douleurs qui sont plus vives; elle dure 2 jours, puis disparaît progressivement. Les douleurs mictionnelles deviennent moins vives. Plus de sang.

Nouvelle hématurie. 3 semaines après; elle est toujours abondante — les urines sont teintées comme du vin —; elle dure 3 à 4 jours, disparaît assez vite.

Enfin, il y a 4 jours, nouvelle hématurie se reproduisant dans les mêmes conditions que les précédentes, ayant duré une demi-journée.

2 février 1897. — Examen rénal négatif. Prostate grosse, bosselée. Vésicules appréciables mais non bosselées. Bas-fond sensible. Cathétérisme facile. Traversée prostatique douloureuse. Vessie sensible. Le cathétérisme provoque une hématurie qui dure une journée.

Les jours suivants, rien qu'une augmentation des fréquences et des douleurs.

24 février. — Examen cystoscopique. Introduction de l'instrument pénible. Rougeurs vives et vascularisation généralisée. Desquamation au niveau du bas-fond et du col. Près de l'uretère gauche, ulcération à bords irréguliers et peu nets, recouverte de squames blanches et rouge noirâtre. Nombreuses élevures disséminées vers le fond. Peut-être une autre petite ulcération à gauche. Aucune tumeur. Pas de calcul.

2 mars. — On établit le traitement par les instillations de sublimé.

2 avril. — Amélioration après 8 instillations. Le malade dit avoir eu de petits hématuries de moins en moins abondantes et ne ressemblant nullement aux premières.

OBSERVATION X

(Personnelle.)

Desn..., 53 ans.

Blennorragies multiples (4 ou 5 au moins), sans autres antécédents. Il y a un an, blennorragie qui dura deux mois et qui fut traitée par des injections forcées. Guérison apparente, mais apparition au moindre excès, d'un suintement verdâtre, et d'envies d'uriner fréquentes.

Hématurie abondante, il y a 6 semaines, sans cause; elle a duré 3 jours, avec intermittences.

Il y a 4 jours, nouvelle hématurie, de courte durée; sang intimement mélangé à l'urine, pendant toute une journée. Continuation et exagération des fréquences et de la douleur.

17 mars 1898. — Examen. Urètre litré. Traversée prostatique douloureuse. Vessie sensible à la pression, se vide complètement. Prostate développée, surtout à gauche, avec indurations disséminées et un peu ramollies. Vésicules très volumineuses, parsemées de noyaux petits, isolés, durs.

12 avril. — Après un mois de traitement par les instillations de sublimé, faites par le médecin traitant, amélioration, puis, brusquement, nouvelle hématurie abondante ayant duré 36 heures.

Mai. — Examen cystoscopique. Pas de tumeur. Vascularisation extrême de toutes les muqueuses, surtout près du col où les vaisseaux sont apparents. Desquamations par places, petites élevures en forme de copeaux sur tout le bas-fond.

Urines troubles. L'examen bactériologique révèle la présence des bacilles de Kock.

11 juillet. — Le malade dit avoir eu, depuis le mois de mai, plusieurs hématuries, mais de moins en moins abondantes. Il a souvent remarqué dans ses urines des points rouges, des fils ou des masses épaisses avec les dernière gouttes,

Les deux observations qui précèdent sont intéressantes à plus d'un titre.

Dans les deux cas, les hématuries ont présenté le caractère des hémorragies vésicales néoplasiques : abondance, persistance, spontanéité, etc., du saignement, et cependant elles ont été exclusivement causées par des lésions légères de cystite tuberculeuse.

Comme dans les observations V et VI, notre attention est attirée, ici, par l'influence incontestable du traitement antiseptique sur les caractères de l'hématurie. Les instillations de sublimé ont complètement modifié la physionomie des saignements vésicaux. Sous leur action ceux-ci sont devenus infiniment moins abondants, plus nombreux, de durée moindre ; à la fin, les hématuries sont réduites à la présence dans les urines, de filaments ou de points rouges : elles ont pris, en somme, le caractère des hématuries vésicales bacillaires types.

Il résulte, de ces faits, que, lorsque la vessie est infectée, les hématuries vésicales tuberculeuses peuvent prendre l'aspect des hématuries néoplasiques. Si on rend la vessie aseptique, les hémorragies reprennent les caractères normaux des hématuries tuberculeuses.

Les considérations qui découlent de l'analyse des observations V, VI, IX et X, nous permettent d'affirmer que, dans un certain nombre de cas, on trouvera l'explication de l'atypie présentée par les hématuries vésicales, néoplasiques ou bacillaires, dans l'infection surajoutée à la lésion organique causale : s'il y a infection vésicale, l'hématurie est atypique ; s'il y a asepsie, l'hémorragie est normale.

Il est bien entendu qu'il ne saurait être question d'une règle absolue, ni même d'une loi générale. Les exemples ne manquent pas d'hématuries vésicales néoplasiques ou

bacillaires s'étant présentées avec leurs caractères classiques malgré l'infection de la vessie.

Mais nous sommes convaincu que les faits que nous avons observés sont loin d'être rares et que, assez souvent, la règle précédente trouve son application.

Quoi qu'il en soit, nous estimons que lorsque la vessie est infectée, la plus grande réserve est de mise dans le diagnostic de la lésion qui cause l'hématurie. Si l'on n'a pas un cystoscope à sa disposition, on fera bien, avant de se prononcer définitivement, de faire des injections ou des intillations modificatrices.

OBSERVATION XI

(M. Bruni) (1).

G. B., avocat, 71 ans.

A eu deux blennorrhagies, dont la dernière à 25 ans. Père goutteux. A eu, lui-même, des accès de goutte, à 45 ans.

En décembre 1895, le malade a été atteint d'apoplexie cérébrale légère qui ne s'est pas reproduite.

Les premiers troubles vésicaux datent de deux ans et sont venus sans cause appréciable : sensation de pesanteur à la région hypogastrique ; mictions fréquentes, quelquefois douloureuses ; urines légèrement teintées de sang.

Au bout de 15 jours, les phénomènes s'amendèrent.

Pendant 18 mois, les crises se sont répétées cinq fois.

Au mois d'août dernier, les accidents sont revenus ; ils ont été plus violents que jamais.

L'examen, pratiqué alors, fit constater : état général satisfaisant ; mictions fréquentes et douloureuses ; urines teintées de sang, les dernières gouttes plus foncées ; quelques caillots petits et informes ; rein normal ; hypertrophie de la prostate

(1) *Giorn. intern. delle Sc. Med.*, Naples, 1897, p. 949.

portant surtout sur le lobe moyen ; urètre libre donnant facilement passage à un explorateur à bout olivaire n° 22 ; légère sensibilité de la région prostatique ; vessie sensible au contact et à la distension, avec une capacité de 80 grammes ; léger résidu vésical ; l'examen chimique et microscopique de l'urine ne donne rien.

On porte le diagnostic de papillome vésical, qui paraît d'autant plus évident que le malade a expulsé de petits fragments, dont on n'a pas fait l'examen histologique.

Un cathéter Nélaton fut appliqué en permanence et les lavages boriqués furent remplacés par des lavages au sublimé à 1/5.000.

Au bout de 10 jours, les phénomènes vésicaux se sont améliorés, les douleurs et l'hématurie ont cessé.

L'examen cystoscopique fut proposé et accepté.

Il montra le fond et le col de la vessie parcourus par de nombreux vaisseaux variqueux bleuâtres.

Pas de tumeur.

Nous donnons l'observation qui précède d'abord parce qu'elle présente un cas remarquable d'atypie hématurique et que la cause de l'hémorragie est différente de celles que nous avons eu à envisager jusqu'ici. Il s'agit d'une hématurie terminale qui apparaît sans cause appréciable, qui disparaît sans raison, qui n'est pas influencée par le mouvement, qui s'accompagne même d'expulsion de petits fragments — qu'on a pris pour des débris néoplasiques alors qu'ils étaient dus à des exfoliations de la paroi vésicale — et qui pourtant n'est pas due à une tumeur de la vessie. Le cystoscope a montré qu'elle reconnaissait pour cause des varices de cet organe.

Les observations sont déjà nombreuses d'hématuries vésicales variqueuses. Presque toujours, les malades chez lesquels on les a constatées, étaient sous l'influence de la diathèse goutteuse.

L'indication pratique suivante — déjà donnée — en découle : quand un malade vient consulter pour troubles vésicaux accompagnés de pisement de sang et qu'il est goutteux ou hémorroïdaire, songez à la possibilité d'une hématurie causée par des varices de la vessie.

CHAPITRE IV

Hématuries apypiques de siège et de nature

Le nombre des cas publiés est très restreint. C'est qu'en effet l'atypie se présente, ici, avec le maximum de complications.

MM. Albarran et Cestan ont eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, une hémorragie vésicale néoplasique qui offrait tous les caractères d'une hématurie rénale de nature calculeuse.

OBSERVATION XII

(Résumée)

Il s'agissait d'un homme qui présentait une hématurie intense à caractères rénaux ; le malade avait souffert à plusieurs reprises de coliques néphrétiques, toujours localisées du côté droit ; le rein correspondant était augmenté de volume.

Bref, le malade était un lithiasique ; il y avait tout lieu d'admettre que son hématurie reconnaissait pour cause un calcul du rein droit. M. Albarran pratiqua l'examen cystoscopique pour confirmer son diagnostic et sa surprise fut grande lorsqu'il constata que tous les symptômes étaient dus à un épithélioma de la vessie englobant l'orifice urétral droit.

C'est dans les cas de diagnostic difficile, comme celui de l'exemple précédent, principalement dans les complications de symptômes, que le cystoscope

se montre avec sa supériorité incontestable sur tous les autres moyens d'investigation.

Dans l'observation qui suit, l'hématurie ; prise pour une hémorragie vésicale néoplasique, était due à un kyste rénal.

OBSERVATION XIII (1).

(Résumée)

Femme de 66 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Elle est prise brusquement, et sans cause apparente, d'une hématurie continue qui s'accompagne, par moments, de vomissements et d'irradiations douloureuses simulant un accès de colique néphrétique.

Le rein gauche est un peu sensible à la palpation et légèrement augmenté de volume. La maladie durait depuis quatre ou cinq mois, lorsque M. Picqué se décide à pratiquer la taille hypogastrique dans le but d'évacuer les caillots et de faire l'exploration de la cavité vésicale, où il soupçonnait l'existence d'une tumeur. La vessie fut trouvée absolument saine et à partir de cette opération le sang ne reparut plus.

Néanmoins, en raison des symptômes constatés du côté du rein, M. Picqué fit, dix jours plus tard, une incision lombaire exploratrice ; cette incision lui permit de découvrir, au pôle inférieur de l'organe, un kyste volumineux de la dimension d'une orange, à paroi mince, à contenu vitreux, qu'il parvint à enlever sans perte de sang.

Le rein, fendu suivant son bord convexe, présente une section absolument normale. Néphropexie, guérison durable.

Un examen endoscopique aurait certainement évité au chirurgien, et surtout à la malade, l'opération de la taille hypogastrique, ce qui n'est pas un mince avantage à mettre à l'actif de la cystoscopie.

(1) Picqué et Reblaud, IX^e Congrès français de chir., 1895 p. 530

CHAPITRE V

Hématuries atypiques de cause.

Nous faisons entrer dans cette classe toutes les hématuries qui s'éloignent des types classiques par leurs caractères et surtout par les causes qui les produisent,

Un groupe fort important est constitué par certaines hématuries rénales dites hématuries de cause inconnue, hématuries sans lésion ou hématuries essentielles.

Ce chapitre de la chirurgie des voies urinaires n'a pas encore été traité avec toute la clarté et toute la netteté désirables. Quelques faits cependant semblent dès maintenant, être mis suffisamment en lumière.

Un premier point qui paraît acquis c'est l'existence d'une relation incontestable entre les hématuries rénales et certains états pathologiques ou physiologiques tels que la néphroptose, l'hydronéphrose, la grossesse et l'allaitement.

La littérature médicale possède au moins sept observations (Albarran, Israël, Newmann, Reblaud) d'hématuries répétées, abondantes, non influencées par le mouvement et le repos, s'accompagnant de douleurs rénales, présentées par des personnes chez lesquelles on n'a trouvé, comme affection que la *mobilité des reins*.

Albarran, Andersen ont observé des hématuries rénales chez des malades atteints exclusivement d'*hydronéphrose*.

Guyon, Champetier de Ribes, Fridondani, Dandois,

ont vu des hématuries coïncider avec la *grossesse* ou *l'allaitement* chez des femmes dont l'appareil génito-urinaire paraissait absolument sain.

Il est probable que l'hémorragie est lié, dans la plupart de ces cas, à une congestion rénale survenant dans des conditions qui restent à déterminer et qui ne seraient probablement pas trop malaisé à établir. Peut-être aussi, le rein est-il le siège de lésions légères échappant à des investigations trop sommaires — on connaît les altérations variées que peut présenter le rein gravidique ou puerpéral.

Quoi qu'il en soit, un fait semble dès maintenant acquis : l'hydronéphrose, la néphroptose, la grossesse et l'allaitement peuvent s'accompagner d'hématuries rénales.

Un second point que nous voudrions mettre en évidence a trait à un certain nombre d'hématuries que l'on a publiées sous le nom d'hématuries *essentielles* et dont le caractère propre est d'exister « sans aucune altération anatomique appréciable ? » Il faut bien reconnaître « que cette appellation n'est qu'un aveu mal déguisé de l'ignorance où nous sommes de leurs véritables causes. »

Sont-elles dues à des lésions organiques ? Lesquelles ? ou bien reconnaissent-elles pour cause un trouble circulatoire d'origine nerveuse ?

La réponse est d'autant moins aisée que l'examen macroscopique, et surtout l'examen histologique, n'ont pas été faits dans tous les cas. L'hypothèse, qui les attribue à une angio-névrose, a été admise par MM. Lancereaux et Broca et est basée sur la fréquence plus grande de ce genre d'hémorragies chez les femmes nerveuses et surtout sur leur disparition rapide et presque constante à la suite d'opérations « trop variées pour qu'on puisse ex-

pliquer leur effet curatif autrement que par une action réflexe exercée sur la circulation troublée des reins. »

Certains auteurs, entre autres M. Albarran, pensent que les origines de ces hématuries sont fort diverses et que la plupart, sinon toutes, reconnaissent pour causes des lésions légères, sans doute, mais appréciables, du rein.

Et de fait, si on passe en revue les quatorze ou quinze observations publiées d'hématuries essentielles, on trouve : dans celles de M. Albarran (1) et de M. Routier (2), des lésions tuberculeuses rénales très peu avancées; dans celle de M. Abbe (3), un léger dépôt de sable à l'extrémité d'une pyramide ; dans celle de Sabatier (4) de Sénator (5) de M. Keersmaecker (6), des lésions légères de néphrite chronique; dans celle de M. Israël (7) des vascularisations anormales et des ecchymoses ; dans celle de M. Delaisieux (8) de petites saillies demi-transparentes sur la muqueuse du bassinet ; dans celle de M. Guyon (9), de fortes adhérences à l'extrémité rénale supérieure, dans celle de M. Lauenstein (10), une légère hydronéphrose.

Celle de M. Broca (11) et de M. Schede (12), cependant, malgré tout le soin apporté à l'examen histolo-

(1) *XI^e Congrès franç. de chir.*, 1895, p. 536.

(2) *XI^e Congrès franç. de chir.*, p. 1895, 534.

(3) *N. Y. med. Jour.*, mai 1891.

(4) *Revue de Chir.*, Paris, 1889, t. ix, p. 62.

(5) *Comm. à la Soc. de Méd. de Berlin*, 17 déc. 1890.

(6) *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1897.

(7) *Arch. f. kl. Chir.* Berlin, 1894.

(8) *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1898.

(9) *IX^e Congr. franç. de chir.*, 1898 p. 534.

(10) *Deut. Méd. Woch.*, Leipzig, 1887, n° 26.

(11) *Ann. des Mal. des Org. les voies gén.-ur.*, 1894.

(12) *Jahrb. der Humb. Stadt.* 1 Jahrg., 1889.

gique, ne mentionnent aucune lésion microscopique.

Devant des résultats aussi contradictoires, il est prudent de s'abstenir de conclure et d'attendre que des faits nouveaux viennent éclairer la pathogénie de ces hématuries exceptionnelles.

Enfin il existe un dernier point à envisager, le rôle des néphrites dans la production des hématuries. On sait que ces dernières ne sont pas rares dans le cours du mal de Bright et de certaines néphrites infectieuses. Nous avons vu que dans les cas d'hémorragie rénale rapportés par MM. Sabatier, de Keersmaecker, les reins offraient des lésions de néphrite chronique. De nouveaux exemples du même genre ont été publiés récemment, entre autres, par MM. Albarran et Poirier.

En présence de ces faits, on est à se demander si vraiment les néphrites ne jouent pas, dans la pathogénie des hématuries rénales, le rôle que jouent les cystites dans la production des hématuries vésicales.

Nous nous contentons de poser la question, laissant à nos maîtres le soin de la résoudre.

En dehors des observations auxquelles nous avons fait allusion dans ce qui précède, et qui entrent toutes dans la classe des hématuries atypiques de cause, la littérature médicale en fournit un grand nombre d'autres à symptomatologie vraiment déconcertante et dont les causes ne sont même pas soupçonnées.

Chopart (1) cite un cas vraiment curieux d'hématurie atypique, qui a été communiqué à la Société médicale d'émulation, en 1809, par le Dr Chaumeton. Nous ne pouvons résister au désir de la reproduire.

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, Paris, G. Baillière, 1830.

OBSERVATION XIV

Le nommé Grosjean, soldat, né en 1778, tomba, à l'âge de 19 ans, dans un état de langueur, d'abattement et de malaise semblable à celui qui précède, chez les filles, la première époque menstruelle. Une tumeur parut à la région hypogastrique; quinze jours après elle s'accompagna de douleurs et il se manifesta une dysurie insupportable. L'opération de la sonde ayant été pratiquée, il sortit une grande quantité d'urine mêlée de sang, en partie fluide et en partie coagulé. Alors, la tumeur hypogastrique, la douleur et la dysurie disparurent comme par enchantement.

Depuis ce temps, Grosjean, a toujours joui d'une bonne santé et, chaque mois, il rend, par l'urètre, dix à douze onces d'un sang très pur. Cet écoulement a la plus grande analogie ou plutôt une identité parfaite avec le flux menstruel : des phénomènes semblables précèdent, accompagnent et suivent son apparition; et il est influencé par les mêmes circonstances. C'est ainsi qu'une fois, entre autres, cet homme, à l'époque de son écoulement périodique, fut obligé de traverser une rivière à la nage; le flux se supprima, le malade éprouva une vive douleur aux lombes, une céphalalgie cruelle, et resta six mois faible, languissant, tourmenté par des nausées, des vomissements et de fréquentes attaques de dysurie, qui exigeaient l'emploi de la sonde et se terminaient par l'évacuation d'une urine sanguinolente.

Grosjean est d'un tempérament lymphatico-sanguin comme la plupart des femmes; il possède, d'ailleurs, tous les attributs de la virilité, est grand, vigoureux, a la voix mâle, la figure ornée de barbe, les mamelles non proéminentes, les parties de la génération très bien développées; il est marié et père de deux enfants sains et robustes.

La grande autorité de Chopart n'est pas de trop pour

donner la consécration scientifique à une observation d'hématurie aussi extraordinaire.

Les deux observations qui suivent, dues à Durante, sont on ne peut plus intéressantes.

OBSERVATIONS XV et XVI

(Résumées).

Dans l'une, il s'agit d'un enfant de 11 ans qui, depuis trois ans, émet périodiquement, à intervalles irréguliers, des urines hématiques; bien que d'une constitution faible, sa santé générale ne paraît pas troublée lors des crises d'hématurie; l'examen et l'interrogatoire ne révèlent aucune affection rénale.

Dans la seconde, il s'agit d'un enfant de 4 ans, présentant des signes manifestes de rachitisme. Vers l'âge de 2 ans, il commença à uriner rouge. Les hématuries se sont répétées chez lui jusqu'à maintenant à des intervalles de un à deux mois; elles ont pour caractère d'être en quelque sorte isolées. Si, après l'hémorragie, on fait uriner l'enfant à nouveau, on constate que ses urines sont redevenues limpides. Malgré une recherche minutieuse des conditions dans lesquelles se faisait l'hématurie (possibilité de fièvre, troubles vésicaux, refroidissement), on ne réussit à relever aucun facteur capable d'expliquer ce trouble. L'examen des urines y montre un abondant dépôt uniquement composé de cylindres rénaux hématiques, de quelques cristaux d'acide urique, mais, en somme, à part le sang, rien d'anormal.

M. Durante estime qu'il ne s'agit ici ni de tuberculose rénale, le plus souvent secondaire, ni de cancer infantile qui cachectise et fait mourir rapidement le malade; il admet que ces hématuries rentrent dans la catégorie

des hématuries idiopathiques, analogues à l'épistaxis spontané chez les enfants.

Cette *hématurie cyclique* de l'enfance, n'entraînant pas de troubles graves, est à distinguer de l'hématurie mortelle qui apparaît quelques jours après la naissance et que MM. Laroyenne et Charrin ont appelée *maladie bronzée hématique*.

A rapprocher des observations de M. Durante celle que M. Renault donne dans sa thèse « l'hématurie essentielle ».

OBSERVATION XVIII (1).

(Résumée).

Juliette C..., 5 ans, enfant très anémique. En février 1895, œdème des membres inférieurs, bientôt suivi de l'apparition de nombreuses taches de purpura. Rien au cœur, rien aux poumons. Pas d'albuminurie, pâleur très grande des téguments avec légère bouffissure de la face. Le 18 mars, l'enfant vomit du sang. Au mois de mai, elle est prise de diarrhée et le lendemain on s'aperçoit que l'urine est toute noire. Elle reste telle pendant deux ou trois jours et met huit jours à redevenir claire. Les accidents se reproduisent tous les mois pendant un an, puis disparaissent complètement. En même temps que le sang, il y avait de l'albumine dans l'urine; quand l'urine devenait claire, l'albumine persistait pendant quelques jours, puis disparaissait.

Dans les observations de Chopart, de M. Durante et de M. Renault, l'explication des phénomènes est loin de s'imposer à notre jugement.

(1) Renault. Paris 1897.

CONCLUSIONS

A. — Nous appelons hématuries *atypiques*, les hématuries dues à des causes exceptionnelles ou indéterminées et celles dans lesquelles on constate une discordance entre les symptômes que présente l'hémorragie et le tableau clinique type correspondant au siège et à la nature de la lésion organique qui cause cette hémorragie.

Nous proposons de grouper les hématuries atypiques en quatre classes :

- 1° Hématuries atypiques de siège ;
- 2° Hématuries atypiques de nature ;
- 3° Hématuries atypiques de siège et de nature ;
- 4° Hématuries atypiques de cause.

B. — Les circonstances sous l'influence desquelles l'atypie hématurique se produit sont peu connues. Nos observations personnelles — qui ont porté sur les hématuries atypiques d'origine vésicale — mettent en lumière les points suivants :

1° Dans les hématuries vésicales de nature bacillaire ou néoplasique, l'infection de la vessie peut, dans certains cas, déterminer une modification profonde de la physionomie de l'hémorragie, en dénaturer complètement les caractères.

En rendant aseptique cette cavité, par des lavages ou par des instillations appropriées, l'hématurie reprend, souvent, la symptomatologie classique qui correspond à la lésion causale (obs. V, VI, IX et X).

2° Dans les cas de tumeurs vésicales, les hématuries peu abondantes ne sont pas spéciales aux cancers « infiltrés » ou « pariétaux ».

Elles peuvent aussi accompagner les néoplasmes « cavitaires »; nous les avons constatées lorsque ceux-ci avaient pour siège le voisinage du col de la vessie (obs. VI et VII).

3° Certaines tumeurs vésicales, à long pédicule, susceptibles de se déplacer comme des calculs, peuvent donner naissance à des hématuries dont les caractères soient identiques à ceux des hématuries lithiasiques (obs. VIII).

C. — Nous pensons que l'emploi systématique du cystoscope s'impose dans tous les cas d'hématuries à diagnostic délicat.

L'examen endoscopique de la vessie permet de contrôler les résultats diagnostiques fournis par les ressources cliniques, de les rectifier quand ils sont faux ou incomplets et, quelquefois, de préciser les conditions dans lesquelles se produisent les hématuries atypiques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LATOURETTE. Hématurie. (Thèse de Paris, 1810).
- ARAN. Hématurie dans les militaires à cheval. (Thèse de Paris, 1811).
- LAROCHE. Hématurie ou pissement de sang. (Thèse de Paris, 1814).
- BOYER. Varices et fongus de la vessie. (Thèse de Paris, 1816).
- BURGLIN. De hæmaturia. (Thèse de Paris, 1820).
- FLORENCE. Hématurie. (Thèse de Paris, 1821).
- MIGNOT. Hématurie. (Thèse de Paris, 1826).
- MORISSON. Hématurie ou pissement de sang (Thèse de Paris, 1827.)
- CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires (Paris, G. Baillière, 1830.)
- SALESSE. Hématurie ou pissement de sang (Thèse de Paris, 1834.)
- HERVÉ DE LAVANS. De la cautérisation de la vessie dans les hématuries vésicales (Thèse de Paris, 1849.)
- GUIGNAULT. De l'hématurie (Thèse de Paris, 1855).
- PELLEGRINO-LÉVI. Etude sur quelques hémorragies liées à la néphrite albuminurique et à l'urémie (Paris, Leclerc, 1864.)
- FILLIOUX. Des hémorragies dans les maladies des reins (Paris, Parent, 1865).
- DÉSORMEAUX. De l'endoscopie et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urètre et de la vessie (Paris, J.-B. Baillière, 1865).

*
* *

ALBARRAN. Recherches sur l'asepsie dans le cathétérisme
(Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1890. p. 33.)

— Traité des tumeurs de la vessie (Paris, 1892, p. 194).

— Cystoscope pour le cathétérisme des uretères (2^e sess. de
l'Ass. franç. d'urologie, Paris 1897, p. 446).

— Ureterotomie externe avec cathétérisme à demeure de
l'uretère (Loire méd., St-Etienne, 1894, p. 340.)

— Diagnostic des hématuries rénales (Ann. des mal. des
org. gén.-ur., Paris 1898, p. 449-473).

— Cystoscope pour le cathétérisme des uretères (Ass. franç.
d'ur. Proc. Verb., 1898, Paris, p. 446-455).

— Technique du cathétérisme des uretères (Rev. Ill. de poly.
méd. et chir., Paris, 1898, p. 926.)

— Nouvelles observations de cathétérisme cystoscopique des
uretères (Presse méd., Paris 1897, p. 276.)

ANTAL. GEZA VON. Pathologie u. Therapie der Harnrohre u.
Harnblase (Stuttgart, 1888.)

— Diagnostik der Harnblasen-Affektionen Cystoskop. Bilder.
Wien. Méd. Pre. XXVIII, 49, 1888.

— Néoplasme vésical enlevé par l'urètre normal après diag-
nostic par le cystoscope (Orvosi Hetel., Budapest 1889.)

AUSTIN. Diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du
rein au moyen du cystoscope (Thèse de Paris, 1889-90.)

AUPÉRIN. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose
rénale à forme hématurique (Thèse de Paris, 1895.)

BAKE. Hæmaturia with special reference to infantile scurvy
med. Times et Hosp. Gaz., London, 1895, p. 337.)

BAZY. Des hémorragies d'origine prostatique (Presse méd.,
1847, p. 149.)

BARLOW. Casuistiches zur cystoskopie (Munch. med. Woch.,
1897, p. 1098.)

- BELL. Renal and vesical calculi (Montreal med. J. Houston, 1897, p. 65-79.)
- BERLING. The electric cystoscope and the method of using it with notes of cases (Birm. med. Rev. 1889, p. 257-70.)
- BOISSEAU DU ROCHER. De la mégaloscopie (C. R. de l'Acad. des sciences, vol. 101, 1885, p. 329.)
- Mégaloscopie vésicale (Ann. des mal. des org. g.-u., 1890, p. 65.)
- Perfectionnements à la cystoscopie. Nouveau cystoscope (id., Paris, 1894, p. 51-56.)
- Cystoscopie et cathétérisme des uretères. Cystoscopes pour opérations (Id., Paris, 1898, p. 473-503.)
- BOURSIER. De la tuberculose de la vessie (Thèse de Paris, 1885-86.)
- BRIGGS, Hæmaturia (Texas Austin, 1897, p. 286-290.)
- BROCA. Hémophilie rénale et hémorragies rénales sans lésion connue (Ann. des mal. des org. génito-urinaires, p. 881, 1894.)
- De la cystoscopie ou endoscopie vésicale (Gaz. hebdomadaire, 15 mars 1889.)
- De l'endoscopie vésicale (Ann. des mal. des Org. g.-u., 1889, p. 166.)
- BRODWAY. Hæmaturia, its relation to malarial infection (Med. Rev. St-Louis, 1897, p. 58.)
- BROKAW. Cystoscopic explorations (Intern. Journ. of Surg., 1889, II, p. 5.)
- BRUGNEROLLE. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale (Thèse de Montpellier 1894.)
- BRUNI. Un cas de varice de la vessie diagnostiquée au moyen du cystoscope.
- Sur l'importance du cystoscope dans le diagnostic différentiel et précoce des maladies chirurgicales de la vessie et des reins (Giorn. Intern. d. Sc. med., Naples, 1897, n° 3, p. 949-959.)
- BURLOT. Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale (Thèse de Montpellier, 1894.)

- BURKHARDT. Endoskopie u. endoskopische Therapie d. Krankheiten d. Harnrohre u. Blase (Tubingen, 1889.)
- Ueber Endoskopie. Schweiz. (Corr. Bl. XIX, 24, p. 755.)
- Atlas of electric cystoscopy (London, A. Churchill, 1893.)
- CRUISE. On irrigation of the bladder in cystoscopy (Lancet, 1889, V, p. 372.)
- CANTALUPO. Dell' uretroscopia e della cistoscopia, e loro pratiche applicazioni (Arch. int. di med. e di chir. Napoli 1896, p. 85-100.)
- CASPER. Ein verbes sertes Ureteren-Cystoskop (III. Monatsch. d. arz. Polyt., Berlin, 1898, p. 69.)
- Ein neues Operations-Cystoskop (Monatsb... d. Krankh. d. Harn. u. Sex. App., Berlin, 1898, p. 137.)
- Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiter-Katheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differential-Diagnose zwischen Nierenumd Blasenaffectionen? (id. Berlin, 1897, p. 72-154.)
- COLIN. De l'hématurie. Etude clinique et thérapeutique (Rev. int. de méd. et de chir., Paris, 1897, p. 95 et 113.)
- COATES. The modern cystoscope its use in bladder ureteral and kidney lesions, with a practical demonstration of the male ureter (Cleveland J. M. 1898, p. 349-356.)
- CUTLER. Hæmaturia (Atlantic M. Weekley, Providence, 1896, 278, 282.)
- CUMMING. Extensive ulceration of the bladder with persistent hemorrhage (Bi-month. Bull. Un. Coll. med., Richmond, 1896, 13.)
- DEBAISEUX. De l'hématurie rénale essentielle (Ann. des mal. des org. gén.-ur., sept. 1898.)
- DELEFOSSE. Sur un cas de calcul vésical méconnu (Ann. des malad. des org. génito-urinaires, juillet 1898.)
- DESROS. Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Paris, 1898.)
- Hématuries goutteuses et hématuries calculeuses (Bulletin méd., 1898), p. 386.

- DICKINSON. On urinary and renal diseases (London, 1885.)
- VON DITTEL. Demonstration eines kystokop (Berlin, K. Woch., 1895, p. 628-631.)
- DORIE. Contribution à l'étude de la cystite calculeuse (Thèse de Paris, 1891-92.)
- DOREAU. Des prétendues hématuries rénales essentielles (Thèse de Bordeaux, 18 nov. 1898.)
- DUNCAN. Multiple tumours of urinary bladder; long continues hæmorrhage; supra pubic cystotomy (Austral. M. J., Melbourne, 1893.)
- DURANTE. Hématurie cyclique de l'enfance (Le Pediatra n° 10, 1896.)
- ECCLES. Clinical lecture on hæmaturia (Brit. méd., 1897, 1402.)
- ESCAT. Des hématuries rénales des prostatiques (Thèse de Paris, 1896-97.)
- FAUCON. Hématurie chez un prostatique traitée par la cystotomie (J. des sc. méd. de Lille, 1898, p. 355.)
- VON FEDEROFF. Zur Cystoskopie bei blutigem Harn nebst einigen Betrachtungen über den Katheterismus der Uteren (Berlin. Klin. Woch., 1897, p. 716-718.)
- FOLLET. Hématuries médicales (Société scientifique et médicale de l'Ouest, janv., fév. mars 1898.)
- FRYER. Obscure cystic tumour of the bladder containing two calculi (Méd. Ch. Tr., London., 1897, 4-149.)
- The symptoms and modern methods of diagnosis of stone in the bladder (Practit. London, 1898, p. 144-152).
- FRANCK. Ein Fall von Hæmaturie und eine merkwürdige Ursache derselben (Wien. Klin. Rundsch. 1897, p. 786.)
- GARRI. Ueber Cystoskopie und ureterenkatherismus (Munch. Med. Woch., 1898, 439.)
- GERHARDT. Zur Lehre von der Hæmaturie. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. med. u. chir. (Jena, 1897, 739-743.)
- GOLDBERG. Zur Kenntniss der Pyurie und der Hæmaturie (Berlin. Klin. Woch., 1895, 1071-1074.)
- GOLDSCHMIDT. Ueber der prakt. Werth der Nitzeschen, Cystoskopie. (Therap. Mon. Hefte, III, 10, p. 442.)

GRUNFELD. Cystoscopy in général. (The med. Press, 1889, p. 670.)

— Ueber cystoskopie im Allgemeinen u. über Blasentumoren im Besonderen. (Wien. Klin. Woch., 1121, p. 375.)

— Eine vereinfachte Methode zur Demonstration endoskopischer Bilder. (Allg. Wien. Med. Ztg. 1888, p. 375.)

— Endoskopische Untersuchung der Blase. (Wien. Med. Bl. 1889, XII. 326.)

GUTERBOCK. Demonstration eines kystoskopes (Berlin. Klin. Woch., 1895, p. 362-365.)

GUYON. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate (Paris, 1888 et 1894.)

— Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie. (Congrès français de 1886, p. 569, 583.)

— Du diagnostic des néoplasmes vésicaux; intervention précoce et cure radicale de ces tumeurs (Progrès méd. 29 janv. 1887.)

— Endoscopie pour tumeur vésicale (Gaz. hebdomadaire, 26 avril 1889.)

— Diagnostic des tumeurs de la vessie (Gaz. médicale, 27 juillet 1889.)

— Néoplasmes de la vessie, diagnostic et indications opératoires (Ann. des maladies des organes généraux.-ur., 1889, p. 449.)

— Diagnostic précoce des tumeurs malignes du rein. (Id. 1890, p. 329.)

— Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. (Id. 1897, p. 113.)

— Quelques remarques cliniques et anatomo-pathologiques sur les néoplasmes infiltrés de la vessie. (Id. mai 1897, p. 225.)

— La cystite et les calculs de la vessie (Bull. médical, 1897, p. 321-324.)

— Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie (Ann. des maladies des organes généraux.-ur., Paris 1895, p. 279-303.)

- Tumeurs villeuses de la vessie (Rev. prat. d. trav., Paris, 1896, p. 121.)
- Les hématuries pendant la grossesse (Journ. de méd. et de chir. fev., 1897).
- HAMONIC. Carcinome latent de la vessie (Rev. d'anat. et de gyn., 1898, p. 161, 166.)
- HARRIS. Renal Hematuria without known lesions, Phil. M. J. 1898, p. 509-512.)
- HARRISON. Remarks on endoscopy with the electric light, (Lancet, 1888, 1, 1021.)
- HARTMANN. Hématurie congestive dans un cas de calcul du rein (Ann. des mal. des org. génito-ur., 1894, p. 523.)
- HARVEY. Hematuria. (Med. News, N. Y., 1898, p. 813.)
- HELPERICH. Ueber die practische Bedeutung der modernem Kystoskopie. (Munch. Med. Woch., 1890.)
- HILL BERKELEY. Irrigation of the bladder in cystoscopy. (Lancet, 1889, 1, 169.)
- HINDER. The value of the cystoscope in the diagnosis of the diseases of the bladder. (Austral. M. Gaz., Sydney, 1896, 471-475.)
- IMBERT. Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles (Paris 1898, J. B. Baillière et fils.)
- DE KEERMAECKER. Hématurie rebelle dépendant d'une néphrite chronique unilatérale (Ann. Société belge de chir., 1897. p. 159.)
- KELLY. Cystoscopy and catheterization of the ureters in the male (Ann. surg., Phil., 1898, p. 475-486.)
- The catheterization of the ureters in the male through an open cystoscope with the bladder distended with air by posten (J. Hopkins Hosp. Bull. Baltimore, 1898, p. 62.)
- KLOTZ. The practical use of the endoscope (J. cut. and genito-ur. des. N. Y. 1898, p. 309-324.)
- KRAUSS. Ueber einen seltenen fall von hæmaturia. (Wien kl. Woch. 1896, p. 637-640.) — Cystoscopy and ureter cystoscopy (N. Eng. M. Gaz., Boston, 1896, p. 561-566.)
- KREPS. Cystoscopy with its various methods of examining

- urinary passages, (Ejaned. j. Pracktk. Med. St-Péterb., 1894, p. 789-796.)
- KROUX. The cystoscope in obscure bladder trouble. (Ohio M. J. Cincinnati, 1893, p. 154-150.)
- KUTNER. Ein eigenthümlicher Fall von hæmaturie (Berlin.klin. Woch., 1895, p. 195.)
- LAFON. De la généralisation et de l'absence de symptômes urinaires dans les tumeurs de la vessie. (Thèse de Paris, 1897-98.)
- LCAO. Cystoscopia. (Rev. portug. de med. de ch. Lisbon 1896-98.)
- LE DENTU. Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales (Paris 1889.)
- LEITER. Instrument zur Resichtigung der Hærnblasenwande (Ill. Monats. f. arzt. Polyt. 1888.)
- LEGRAS DE GRANDCOURT. Etude et diagnostic des fausses cystites (Thèse de Paris, 1894-95.)
- LEGUEU. C. R. de l'Ass. fr. d'urologie (Paris 1897, p. 180.)
- LINHART. Zur Endoskopie. (Arch. f. Derm. u. syph. XXI, 4, 519.)
- LONG. Cystoscopy and ureteroscopy with exhibit of instruments and report of cases. (North Carol. N.J., 1896, 294-299.)
- LOHNSTEIN. Zur technik der Cystoskopie. (Monatsb.. d. Krank. d. Harn., 1897, p. 11-16) — Ein Instrument zur Befestigung von Endoskopen, Cystoskopen und ähnlichen Apparaten (Deut. med. Woch., 1894, p. 529.)
- MAC GOWAN. The use of the endoscope and the cystoscope in urethral and bladder surgery (South. Calif. Pract. 1894.)
- MATHIVET. Mémoire sur le pissement de sang; étude générale de l'hématurie (Guéret P. Amiault, 1890.)
- MANLEY. Report of two cases of hæmaturia one in male from spinal injury, traumatic, one in female from primary epithelioma of trigone of bladder, pathological. (Am. J. Surg. and gyn. 1895-1896, 6, p. 97 99.)
- MEYER. On cystoscopy and the new cystoscope of Nitze and Lieter with a demonstration of the same. (N. Y. Med. Journ., 1888, p. 426, 432.) — The value of the cystoscope in the

diagnosis of hypertrophy of the prostate gland. (Med. Rec. 1898, 536.)

MOROTTE. Sur les récents progrès de la cystoscopie. (Bull. d. R. Acad. med. di Genova, 1883.)

MORRIS. The importance of bimanual examination of the urinary bladder in diagnosing hæmaturia of vesical from that of renal origine. (Lancet 1896, p. 1210.)

MAC CORNAG. Clinical lecture on some causes of hæmaturia. (Clin. Journ. London 1896.)

NEWMAN. L'hématurie comme symptômes. Méthode à employer pour faire le diagnostic différentiel (Lancet 2, 9 et 16 juillet 1898.)

NEWEL. Diagnosis of tumors of the bladder and stone with the cystoscope. (Boston med. and Surg. J. CXX, 16, p. 381.) — The diagnosis of vesical tumor by the cystoscope. (Med. Rec. XXXIII, 21, p. 596.) — The endoscopic instruments of Leiter of Vienna, and the present développement of endoscopy. (Boston M. and. Surg. J., p. 528-530.)

NICOLL. The present position of the cystoscope in surgical practice. (Glasgow M. J., 1893, p. 456.)

NITZE. Lehrbuch der kystoscopie. Ihre Technik und klinische Bedeutung Wiesbaden 1889. — Der kystoskopische Evakuations-katheter. (Central. f.a. krankh. d. Harn. u. Sex. — Org., 1897, p. 369.) — Modifikationen der operations-kystoskoper, (Id. 1897, p. 294.)

NOGUES. Néoplasme vésical infiltré, début marqué par des fréquences et par des douleurs ; hématuries peu abondantes ne survenant que tardivement. (Ann. des mal. des org. g.-u., Paris 1897. p. 398-401.)

NOVOTNY. Valeur et limite de la cystoscopie. (Orvosiheti Szemb. Budapest 1896, p. 241.)

OLIVER. Hæmaturia and its significance (Intern. Cl. Phila., 1896 p. 59.)

OTIS. Recent improvements in endoscopic apparatus (Med. Rec., XXXVIII, 22, p. 658.) — Papillomatous tumor of the bladder demonstrated by means of Leiter's electric cystoscope. (Med. Rec. XXXIII, 18 may.)

- PASTEAU. Cystoscopie et lithotritie chez la femme (Ann. des mal. des org. génito-urinaires, août 1889.)
- PIERCHON. Les grandes hématuries dans la tuberculose de la vessie (Thèse de Lille 1895.)
- PHILIPS. The cystoscope in the diagnosis of hæmaturia (S. Louis M. Era, 1895-1896. p. 227.)
- POUSSON. De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes (Thèse de Paris, 1885.)
- Néoplasme de la vessie longtemps méconnu et diagnostiqué seulement à l'aide du cystoscope. (Ann. des mal. des org. génito-urinaires, p. 243, 1896.)
- RAYMOND. L'endoscopie à Vienne. Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1888, p. 776.)
- RIVIÈRE. L'endoscopie à Vienne et à Paris. Progrès med. 1888, 12 mai.
- REYNOLDS. Tuberculosis of the bladder; its appearance and treatment through the kelly cystoscope, with a report of cases. (Med. and Surg. Rep. Bost. City Hosp. 1896.)
- ROBERTS. On urinary and renal diseases. London, 1885.
- ROBBINS. The cystoscope and its limitations as a diagnostic. Med. Age, Detroit 1895, 449. — Cases (four) of hematuria, (Med. News, 1896, 582.)
- ROCHET. De l'association des calculs avec les tumeurs de la vessie (Arch. provinc. de chir. III. 4.)
- SAXTORPH. Observations sur le cathétérisme des uretères; un nouveau cystoscope. (Ugeskr. J. Læger kobeck, 1898.)
- SOUTHAM. On endoscopy in tumors of the bladder, (Lancet, avril, 1889.)
- SOREL. Sur une cause rare d'erreur de diagnostic de calcul vésical. (Normandie méd., 1894, 885.)
- STANKIEWICZ. Sur un cas rare de sarcome de la vessie urinaire et sur l'importance de cystoscope pour le diagnostic des néoplasmes vésicaux. (XI^e Cong. med. internaz., Roma 1894.)
- TUFFIER. Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse

- de cette cavité. (Ann. des Mal. des Org. g.-u., 1896. P. 139.)
- TYSON. Hæmaturia. (Intern. Clin. Phila., 897, 87, 93.)
- VALENTINE. Modern. methroscopy and cystoscopy; catheterization of the uréters and intravesical removal of tumors (J. Ann. Ass. Chicago, 1895, 14, 16.)
- VERHOOGEN. De l'endoscopie de l'uretère et de la cystoscopie, (Journ. de Bruxelles, 1889, 161.)
- VINEBERG. Case of renal calculus simulating tuberculous. (Med Rec., 1898, 887.)
- VRAGASSY. Das Megaloskop der Dr. Boisseau du Rocher in Paris (Wien, Ned. Pres, 1888, 81.)
- WALLACE. Electric cystoscopy. (Edin. Med. J., 1890.)
- WASSIDLO. Ueber die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgan. (Aerztl. Prax., Wurzl. 1898, 16, 34, 54.)

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*
P. BROUARDEL.

Vu : *Le Président,*
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

